N° 35

ÉTUDE CRITIQUE

DU

TRAITEMENT DU CANCER

DE L'UTÉRUS

EN FRANCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Février 1888

PAR

Eugène ESTOR

Né à Montpellier, le 6 juin 1861

EXTERNE DES HÔPITAUX (AVRIL 1882), AIDE D'ANATOMIE (JUILLET 1883)
MEMBRE DE LA MISSION TOULONNAISE (CHOLÉRA 1884, MÉDAILLE D'ARGENT)
INTERNE DES HÔPITAUX (DÉCEMBRE 1884)
LAURÉAT DES HÔPITAUX (TROUSSE D'HONNEUR 1885-86)
MÉDAILLE VERMEIL (1887)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE GUSTAVE FIRMIN

PLACE DE LA MAIRIE

Imprimeur-Éditeur

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE MONTPELLIER

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	COMBAL (✻ ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.		CAVALIER (✻).
Physique médicale.		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.		JAUMES.
Clinique chirurgicale. , ...		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Pathologie interne.		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale .		PLANCHON (✻ ✻).
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie (Chargé du cours).		GILIS.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUBRUEIL (✻), *président*.
GRYNFELTT, *professeur*.
GAYRAUD, *agrégé*.
FORGUE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

ALFRED ESTOR

PROFESSEUR D'HISTOLOGIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A LA MEILLEURE DES MÈRES

A MON FRÈRE LOUIS ESTOR

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE AU 6^{me} CUIRASSIERS

A MON FRÈRE ANDRÉ ESTOR

SOUS-LIEUTENANT AU 17^{me} RÉGIMENT D'INFANTERIE

E. ESTOR.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

EUGÈNE ESTOR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE TASTAVIN

A MON ONCLE REBOUL

DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES TANTES

E. ESTOR.

A MES COUSINS

MESSIEURS LES PROFESSEURS

J. GRASSET ET LÉON DUMAS

A M. LE PROFESSEUR LANNEGRACE

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ CARRIEU

E. ESTOR.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUBRUEIL

A M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

A M. LE PROFESSEUR CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

MOITESSIER, JAUMES, BERTIN-SANS,
GRYNFELTT, CHALOT, KIENER

A MESSIEURS GAYRAUD ET SERRE

PROFESSEURS AGRÉGÉS

A MONSIEUR TISSIÉ-SARRUS

E. ESTOR.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

G. RAUZIER, BOURGUET, GUY, PUECH, DUCAMP,
BATIGNE, LASSALLE,
LAFONT, COMBEMALE ET FÉDOU

A MES EXCELLENTS AMIS LES DOCTEURS

ÉTIENNE BATLLE, R. PLANAS,
H. BERTIN, LOUIS PLANCHON, P. COURRENT,
DÉSIRÉ FÉRAUD, G. ROUCH, A. MÉNARD

MEIS ET AMICIS

E. ESTOR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0179

INTRODUCTION

La question du traitement chirurgical du cancer utérin est souvent débattue à l'heure actuelle au sein des Sociétés savantes. Elle n'est pas encore résolue, et la plupart des chirurgiens n'ont pas sur ce point une religion bien solidement établie. Nous avons cru faire œuvre utile en résumant la question et en appréciant les diverses méthodes opératoires d'après les résultats qu'elles ont donnés. Peut-être cet état actuel du problème, présenté sans parti pris, ne sera-t-il pas inutile au praticien.

On nous reprochera sans doute de ne nous être préoccupé que des travaux français et d'avoir laissé de côté les statistiques étrangères. L'analyse des documents publiés dans le monde entier nécessiterait un travail énorme, et peut-être le sujet n'y gagnerait-il pas en clarté et les conclusions seraient-elles moins légitimes.

Pour l'hystérectomie, en particulier, nous pensons qu'une soixantaine d'observations bien pesées et bien analysées valent mieux que des statistiques composées de plusieurs centaines de cas, dans lesquelles on confond le succès opératoire et la guérison définitive. Cette confusion existe même en France, et en particulier dans l'excellente Thèse de M. Gomet (1). *Si on se contentait de lire le titre des observations relatées dans ce travail, on croirait l'hysté-*

(1) *Gomet, thèse de Paris. 1886.*

rectomie une opération absolument merveilleuse, ce qui n'est pas tout à fait vrai. Du moment que l'on considère comme guérison le succès opératoire, on peut dire que le cancer du sein guérit toujours. Combien peu de malades, en effet, succombent après l'amputation du sein! Il est très important de bien établir une distinction entre le succès opératoire et la guérison ; c'est ce que nous n'aurions pu faire qu'avec difficulté si nous avions compilé les statistiques étrangères.

L'ordre que nous adoptons paraîtra peut-être peu logique. Nous ne suivrons pas la marche de la question à travers les siècles et nous n'aurons en vue que l'évolution de la tumeur maligne. Comme ce n'est que lorsque le néoplasme est à son début que le traitement radical est utile, nous commencerons par faire l'étude de l'amputation partielle de la matrice; nous examinerons ensuite la méthode du professeur Vulliet (de Genève) et nous terminerons le chapitre qui a trait au traitement radical par l'hystérectomie. Dans une seconde partie nous énumérerons et nous tâcherons d'apprécier les divers traitements appelés palliatifs.

Pour aucune des diverses méthodes nous n'entrerons dans le détail du manuel opératoire, désirant simplement constater les bons ou les mauvais effets de chacune.

Il eût été téméraire, même en nous appuyant sur les observations publiées, de donner notre opinion sur une pareille question, si nous n'avions pas consulté nos Maîtres.

C'est M. le professeur-agrégé Forgue qui nous a donné l'idée de faire ce travail de critique. Nous sommes heureux de lui adresser nos sincères remerciements.

Que notre maître M. le professeur Dubrueil veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner. Nous ne saurions trop remercier MM. les professeurs Dupré, Combal, Grasset, Tédenat, Kiener et Hamelin, nos Maîtres dans les Hôpitaux. M. Tédenat, en particulier, a bien voulu nous communiquer des documents qui nous ont été extrêmement utiles. MM. les professeurs Dumas et Grynfeltt nous ont donné des observations très intéressantes. M. le Professeur Jeannel (de Toulouse) et M. Cassin (d'Avignon) nous ont fait connaître leur sentiment sur la question de l'intervention dans le cancer utérin ; nous leur en sommes infiniment reconnaissant.

ÉTUDE CRITIQUE

DU TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

EN FRANCE

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'UTÉRUS

Avant d'énumérer et de comparer les divers traitements employés contre le cancer de l'utérus, nous désirons montrer combien il est difficile de porter un diagnostic précoce de la maladie, quelle que soit sa variété ou son siège, quand elle est à la première période de son évolution. Cette question est capitale ; ce n'est en effet, comme nous le verrons dans la suite, que lorsque le cancer est décélé dès sa naissance qu'une opération curative peut être raisonnablement tentée. Nous ne nous occuperons pas des signes que le médecin perçoit par un examen direct, — le plus souvent en effet il est consulté trop tard, — mais des symptômes qui peuvent éveiller l'attention de la malade ; ce sont : les hémorragies, la douleur, la leucorrhée.

Ces trois symptômes initiaux sont loin d'être pathognomoniques. Tout le monde admet que le cancer de l'utérus dans la première période se développe insidieusement, et il n'est pas d'auteur qui n'insiste sur cette particularité.

L'*hémorragie* est généralement considérée comme le symptôme le plus important. Comme nous l'enseigne M. Bouilly (1), dans un article très remarquable paru dans la *Semaine médicale* et intitulé : *du diagnostic précoce du cancer de l'utérus,* le symptôme hémorragie a une valeur différente suivant que la perte sanguine apparaît chez une femme avant ou après la ménopause : dans le premier cas, la femme remarque que les règles sont plus abondantes et qu'elles se prolongent au-delà du terme habituel, puis que des hémorragies se produisent dans l'intervalle des époques menstruelles. C'est là un accident qui n'inquiète généralement pas beaucoup la malade, et pas beaucoup plus son médecin. Il y a tant de causes qui peuvent momentanément troubler la menstruation et qui n'entraînent aucun désordre grave ! Une malade de Gilette, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Gomet, eut une hémorragie assez abondante, qui est considérée dans l'observation comme marquant le début du cancer utérin ; cet accident ne l'avait pas effrayée, ne l'avait pas même empêchée de travailler ; *cela lui faisait du bien, et à son idée elle ne s'en portait que mieux.*

Chez la femme qui n'est plus menstruée, au contraire, une hémorragie est inquiétante ; elle éveille forcément l'attention de la malade.

Mais M. Bouilly fait remarquer dans son article, auquel nous faisons de nombreux emprunts, que, lorsque l'écoulement sanguin se produit chez la femme qui n'est plus menstruée, le cancer a déjà atteint une période avancée de son

(1) *Semaine médicale* du 24 novembre 1886.

évolution ; au contraire, lorsqu'il apparaît chez une cancéreuse qui n'est pas arrivée à la ménopause, c'est un phénomène du début. De sorte que dans un cas c'est un signe précoce, mais la malade ne saisit pas son importance ; tandis que chez la femme qui n'est plus réglée c'est un signe qui frappe immédiatement, mais qui n'a pas de valeur, parce que la lésion est déjà trop avancée.

L'hémorragie n'est donc pas un symptôme pathognomonique qui permette de diagnostiquer le cancer utérin au début. Et cependant cet accident est considéré par tous les chirurgiens comme le symptôme initial de cette terrible affection. Dans presque toutes les observations nous lisons : début tel jour par une perte de sang.

La *douleur* est un signe d'une importance bien moins grande. Courty (1) fait remarquer qu'autant elle est vive et parfois intolérable quand le cancer est en pleine évolution, autant elle est rare au début.

M. Bouilly se range à cet avis et pense que la malade ne commence à souffrir que lorsque le tissu cellulaire péri-utérin est envahi. La plupart du temps, dit Courty, l'épithélioma est indolent. Ce n'est que par son volume qu'il gêne d'abord, occasionne de la douleur ensuite. Il cite l'observation d'une dame dont la récréation à la campagne était de courir avec sa chèvre et qui ne souffrit pas jusqu'au moment où le cancer devint incurable. Du reste, d'une façon générale, la douleur est un symptôme assez peu important des tumeurs malignes, et Courty fait remarquer que c'est encore plus vrai pour le cancer de l'utérus que pour celui des autres organes.

Il est important, par contre, de se bien rappeler combien la douleur est vive et fréquente dans le cours de lésions bénignes de la matrice.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1881.

Qu'est-ce qui est plus douloureux et rend la vie plus insupportable que les déplacements de l'utérus ? La douleur seule ne justifie-t-elle pas l'opération d'Alquié Alexander dans la rétroflexion utérine ?

La douleur ne fera pas diagnostiquer un cancer de l'utérus au début.

La *leucorrhée* est un symptôme tout à fait banal, commun à un grand nombre de lésions de la matrice. L'écoulement consécutif au cancer de cet organe a cependant des caractères spéciaux ; il est généralement séreux. Cette particularité est bien peu importante, au point de vue du diagnostic précoce de l'affection qui nous occupe. Ce caractère n'éveillera pas l'attention de la malade, et par suite le médecin ne sera pas appelé à le constater.

La leucorrhée précède parfois, mais rarement, l'hémorragie ; nous avons noté cette particularité dans quelques observations. Ce n'est pas la règle, et elle apparaît généralement après l'écoulement sanguin, et, par suite, elle constitue un symptôme bien moins important.

M^lle^ Coutzarida (1), dans sa thèse inaugurale, a étudié l'hydrorrhée et la considère comme un symptôme de très grande valeur. Elle dit dans ce travail, à la page 45 : « L'hydrorrhée apparaît toujours seule et comme premier symptôme quand la néoplasie cancéreuse a envahi primitivement et exclusivement le corps de l'utérus. » Nous ne pouvons accepter une pareille affirmation. La plupart des auteurs n'ont pas noté l'hydrorrhée ; et du reste, en admettant qu'elle se présente souvent, on est bien obligé d'avouer, et M^lle^ Coutzarida le reconnaît elle-même, que les malades sont plus surprises qu'inquiètes de cet écoulement aqueux, et qu'elles négligent de consulter le médecin pour une pareille bagatelle. Aussi

(1) Th. de Paris, 1884.

nous doutons fort que grâce à l'hydrorrhée un médecin puisse jamais diagnostiquer assez tôt un cancer utérin pour tenter légitimement une intervention radicale.

Inutile de parler des symptômes généraux et de la cachexie cancéreuse, qui n'apparaissent pas pendant toute la période où l'on peut faire une opération radicale. Chez une femme atteinte de tumeur maligne de la matrice, même arrivée à une période avancée, l'aspect général peut faire croire à une santé parfaite. On lira avec intérêt, à ce sujet, le début de l'observation XXV de la thèse de Gomet (page 105) : « Augustine F... est une femme de 31 ans qui a eu cinq enfants et a toujours joui d'une *parfaite santé;* elle se plaint de quelques douleurs et surtout de pertes roussâtres. On trouve avec surprise chez une femme d'*aussi belle apparence* un épithélioma du col. » Cet état florissant est d'autant moins étonnant qu'il s'agit souvent d'une femme jeune. L'aspect extérieur est, dit M. Bouilly, tout à fait trompeur.

Nous ne rappellerons pas ici les signes que doit constater le médecin pour affirmer qu'il existe une tumeur maligne. Ce diagnostic est souvent très délicat, surtout quand le cancer débute par le corps de la matrice ; mais c'est un chapitre qui est bien traité dans beaucoup de bons ouvrages, et sur lequel nous ne voulons pas revenir.

Nous avons voulu prouver que le diagnostic précoce du cancer de l'utérus est difficile à poser, parce que le cancer ne manifeste pas sa présence au début par des signes bruyants qui décident la malade à surmonter la répugnance qu'elle a toujours à se soumettre à un examen et la forcent à aller consulter un médecin. Nous acceptons volontiers que ce dernier soit capable de reconnaître le néoplasme dès son apparition ; le malheur, c'est que la malade ne va pas le trouver. En conséquence, le médecin aura rarement à traiter un cancer utérin au début, un cancer opérable.

QUELQUES MOTS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CANCER UTÉRIN

Nous n'avons nullement l'intention de traiter cette partie de la question, qui nécessiterait un développement considérable ; nous désirons seulement établir une distinction entre les tumeurs malignes de l'utérus, distinction peut-être peu scientifique, mais qu'il est utile de connaître pour instituer un traitement chirurgical de la maladie. Il est important d'établir, soit par l'aspect extérieur, soit par un examen microscopique, la variété du néoplasme auquel on a affaire; car ils ne suivent pas tous la même voie pour envahir les tissus voisins. Le praticien doit connaître cette particularité.

Nous ne diviserons pas les tumeurs malignes de l'utérus en tumeurs du corps et tumeurs du col. D'un côté nous mettrons le carcinome, l'épithéliome, le sarcome du corps et le carcinome du col, et de l'autre l'épithélioma qui prend naissance sur la muqueuse du museau de tanche. Ce dernier, en effet, a une marche spéciale presque inverse comme direction, et les particularités qui se rattachent à son évolution sont très utiles à connaître, parce qu'il est le plus accessible et le plus fréquent. Il est le plus accessible, c'est évident; le plus fréquent, il suffit pour s'en convaincre de parcourir la colonne de notre tableau des hystérectomies intitulée: « siège et variété de la tumeur cancéreuse ».

Le carcinome primitif du corps envahit tout l'utérus et même les organes voisins avant d'atteindre le col. Le carci-

nome du col, qui prend naissance dans le tissu sous-muqueux, ne tarde pas à avoir des racines très profondes, et tout le tissu musculaire du col est pris alors que la muqueuse est à peine ulcérée. L'épithélioma, qui se développe sur la muqueuse de la portion vaginale du col de l'utérus, envahit peu à peu toute la surface du col jusqu'au vagin, dont la muqueuse ne tarde pas à se prendre. Et, tandis qu'il s'est largement étendu sur le museau de tanche et la paroi vaginale, il ne progresse pas vers en haut et ne franchit pas l'orifice inférieur du canal cervical de la matrice. La marche de la tumeur peut s'expliquer peut-être par la constitution différente de la muqueuse dans le canal cervical et sur la surface libre du museau de tanche. Tandis que le canal cervical est recouvert d'un épithélium cylindrique, le col, dans sa portion vaginale, est tapissé, comme le vagin, par un épithélium pavimenteux. C'est au niveau de l'orifice inférieur du col que l'épithélium devient différent. L'épithélioma qui est parti de l'épithélium pavimenteux envahit le vagin et ne dépasse, qu'à un degré avancé de son développement, l'ouverture du col où commence l'épithélium cylindrique.

Inversement, les cancers du col et du corps ne dépassent l'orifice inférieur du col que très tard, alors que la matrice et les ganglions sont cancéreux.

Il était très important de mettre en lumière cette marche inverse. On comprendra ainsi plus aisément que l'épithélioma du col, pris au début, n'ayant pas de racines profondes, ait pu être complètement extirpé par des procédés qui ne suppriment qu'une minime partie de la matrice.

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

Il est absolument inutile de décrire ici tous les procédés qui ont été proposés pour amputer le col de l'utérus. Au début, Dupuytren et Lisfranc se servaient de l'instrument tranchant; plus tard, pour diminuer l'hémorragie, on lui substitua l'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve et l'anse galvano caustique. La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération faisaient suivre l'amputation d'une cautérisation, soit par des agents chimiques, soit par le fer rouge.

Nous désirons surtout établir la valeur de la méthode en général. Dans chaque observation est relaté le procédé employé ; il sera par suite facile de voir quel est celui qui a le plus souvent amené un bon résultat. Il existe un grand nombre d'observations, et on est bien obligé de dire que les désastres ou les insuccès abondent et que les guérisons sont exceptionnelles.

Et encore parmi ces prétendues guérisons faut-il en supprimer beaucoup, tandis qu'il faut croire qu'un grand nombre de revers ont été soigneusement cachés. Pour qu'une guérison puisse être acceptée comme telle, il faut absolument que l'examen de la tumeur extirpée ait été fait par un histologiste dont personne ne puisse mettre en doute la valeur. Il est bien certain, en effet, que Lisfranc et bien d'autres ont amputé un grand nombre de cols de la matrice atteints d'érosions insignifiantes, croyant traiter des cancers ; aussi ont-ils eu beaucoup de succès.

C'est particulièrement vrai pour Lisfranc. Dans son mémoire sur l'amputation du col de l'utérus, lu à l'Académie des sciences, le 2 juin 1834, il annonce que sur quatre-vingt-dix-neuf femmes qu'il a soumises à l'amputation du col de l'utérus pour cancer, quinze sont mortes et quatre-vingt-quatre sont guéries. Au nombre des insuccès sont compris les cas de récidive. Sabatier, dans le tome III de sa *Médecine opératoire*, a fait justice des exagérations du grand chirurgien. Il est du reste bien facile de s'apercevoir que bien souvent Lisfranc n'a pas soigné des cancers de la matrice comme il le croyait. Dans certains cas, en effet, il est parvenu, à l'aide d'un traitement bien dirigé, à concentrer et à limiter l'altération, et le carcinome, qui était inattaquable, est devenu opérable.

Les chirurgiens les plus partisans de l'opération, après l'avoir souvent pratiquée, l'ont délaissée. Osiander et Dupuytren ne faisaient plus l'amputation du col à la fin de leur carrière. Mais l'écrasement linéaire et la galvanocaustique donnèrent un regain de vie à cette intervention dite radicale.

Voici les succès certains que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Nous trouvons dans la thèse de Le Dreux (Paris, 1862, *Recherches sur le cancer de l'utérus*) les deux faits suivants :

I. Epithélioma du col de l'utérus ayant débuté, il y a un an, chez une femme de quarante-cinq ans. Amputation complète du col, faite par M. Bouchard, de Saumur. La malade est revue *treize ans* après : la guérison persiste.

II. Chassaignac a vu une malade opérée *cinq ans avant* par Demarquay (écrasement linéaire) : cette femme était bien portante.

Dans la thèse de Leroy-Carrère (Paris, 1874, *Quelques considérations sur le cancer utérin, ses complications et son traitement en particulier*, sont relatées les observations suivantes :

III. Observation III (page 38). — M^me^ C.., 32 ans, opérée, le 22 juillet 1868, par Amussat (anse galvanique) pour un cancer encéphaloïde du col. Examen microscopique par Robin. Guérison maintenue *deux ans* après.

IV. Observation IV (page 39). — Tumeur cancéreuse du col enlevée par Amussat chez une dame de 42 ans, le 30 avril 1870, au moyen de l'anse galvanocaustique. Examen microscopique par le D^r^ Hanolle. Guérison maintenue au bout de *trois ans*.

V. Epithélioma volumineux du col de l'utérus enlevé par l'anse galvanocaustique chez M^me^ P..., par M. Labbé, le 1c septembre 1872. La guérison est complète *deux ans* après, en avril 1874.

VI. M^me^ Cl. C... a été opérée, en 1871, pour un épithélioma du col par Demarquay, au moyen de l'écraseur de Chassaignac. L'examen microscopique a été fait. La guérison s'est maintenue *longtemps;* on ne dit pas combien.

VII. Le professeur Bœckel rapporte, dans son mémoire sur la galvanocaustique thermique (J.-B. Baillière, 1873, Paris) une amputation du col qui a donné un très bon résultat. M^me^ J.., de Strasbourg, âgée de 48 ans, est atteinte d'un épithélioma du col utérin. L'opération est pratiquée, le 23 janvier 1872, par M. Labbé, au moyen de l'anse galvanocaustique. Un an après l'opération, il n'y a pas de récidive.

On trouve dans les *Annales de gynécologie* de 1882, page 24, un travail de M. Polaillon qui renferme les observations suivantes :

VIII. Epithélioma du col ; amputation avec l'anse galvanique ; ouverture du péritoine au niveau du cul-de-sac recto-vaginal. Guérison.

M^me^ X.., 43 ans, a des hémorragies abondantes depuis trois ou quatre mois. L'opération est faite, le 10 novembre 1881, par M. Polaillon. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de cancer. *Sept mois* après, la guérison est complète.

IX. Page 28. — Epithélioma commençant du col utérin ; amputation avec l'anse galvanocaustique ; hémorragie secondaire grave. Guérison.

La nommée Chap..., âgée de 29 ans, se plaint depuis sept mois de douleurs abdominales. L'opération est pratiquée, le 28 juin 1881, par M. Polaillon. L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer. En juillet 1882, *un an après*, la guérison persiste.

X. — Epithélioma du col de l'utérus ; amputation du col avec l'anse galvanique ; hémorragie secondaire ; retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années. Guérison.

A... (Marguerite), âgée de 39 ans, est atteinte d'un épithélioma utérin qui a débuté en décembre 1881. L'opération est faite, le 7 février 1882, par M. Polaillon. Le 22 mars, l'opérée quitte l'hôpital en parfaite santé.

XI. — Verneuil déclare, dans la séance du 11 juin 1884 de la Société de chirurgie, qu'il a fait 17 ablations du col pour épithélioma. Une malade est morte à la suite de l'ouverture du cul-de-sac postérieur du péritoine. Sur les 16 autres cas, le maximum de la survie a été de sept ans. Deux malades ont survécu trois ans. En faisant la moyenne de la survie des opérées, et comptant zéro pour celle qui est morte de l'opération, il trouve qu'elles ont vécu en moyenne 19 mois.

Les opérations, même incomplètes, lui ont toujours donné de bons résultats.

XII (1)— M^me^ X..., 39 ans, est atteinte d'épithélioma du col, ayant débuté au commencement de 1879. Son teint est jaune paille, son état général mauvais. Ablation à l'aide de l'écraseur linéaire, le 3 mars 1880, par M. Marchand. Le 15 septembre, la malade reprenait son emploi dans une maison de commerce. *Deux ans* après la guérison était parfaite.

L'examen histologique a été fait ; il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

XIII (2) — M. Pamard (d'Avignon) a fait connaître au Congrès de Nancy pour l'avancement des sciences, un cas très remarquable. Il s'agit d'un épithélioma du col enlevé par l'anse galvanique. *Trente mois* après, la guérison persistait. Dans le cours de l'opération, le cul-de-sac postérieur du péritoine avait été ouvert.

XIV. — M. le professeur Grynfeltt (de Montpellier) a obtenu un cas très heureux, qu'il relate dans ses *Notes et mémoires de chirurgie clinique*. Paris 1885, p. 69:

(1) *Archives de tocologie*. 1882, p. 355.

(2) Association française pour l'avancement des sciences (Nancy 1886, p. 214).

« En 1873, nous avons opéré, avec le concours de notre ami le Dr Szafkowski, à Millau (Aveyron), avec le constricteur de Maisonneuve, un gros épithélioma végétant du col utérin, qui n'a récidivé que longtemps après, et qui a laissé vivre notre infortunée malade jusqu'aux premiers jours de l'année 1879. »

Cette opérée a eu six ans de survie

XV. — Observation inédite. — *Section sous-vaginale avec le thermocautère. Guérison datant de dix-sept mois,* par M. le professeur Tédenat.

X... 48 ans, fortement constituée, a eu trois accouchements normaux. Depuis un an, elle a des hémorragies et des pertes blanches, qui depuis trois ou quatre mois sont fétides.

Le 10 août 1886, on constate que le col utérin est à moitié détruit par une ulcération profonde, à bords noduleux, durs, fissurés. L'utérus est peu mobile. Par suite, l'hystérectomie paraît impossible.

Incision du col avec le couteau coudé du thermocautère. Cette incision est faite ras des culs-de-sac. Dans l'entonnoir qui résulte de cette section, M. Tédenat éteint à plusieurs reprises le cautère à boule, qui pénètre profondément.

Le 18 août, les escarres se détachent. La plaie a bon aspect ; pas d'induration suspecte. Application d'un cylindre de pâte de Canquoin, qui est introduit aussi profondément que possible et laissé six heures.

La malade part le 23 août, pour Graissessac.

Dans les premiers jours de décembre 1887, M. le Dr Fabre écrivait au professeur Tédenat que la malade se portait très bien, qu'elle vaquait à ses occupations. Pas de perte ni de douleur ; il n'existe aucun signe de récidive.

Les chirurgiens qui ont eu des succès grâce à cette méthode sont obligés d'avouer que c'est un peu par hasard. M. Labbé, qui a eu de si beaux résultats, avoue qu'il a eu affaire à des cas exceptionnellement favorables.

Nous pouvons donc conclure que l'amputation du col utérin donne rarement des guérisons durables et que la récidive est presque la règle.

Ses avantages. — Le péritoine n'est généralement pas atteint, et par suite on n'a pas à craindre la péritonite. C'est

vrai en théorie, mais non en pratique. Combien de fois la chaîne de l'écraseur a-t-elle ouvert les culs-de-sac péritonéaux !

Elle n'expose pas à l'hémorragie, surtout si l'on emploie l'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve ou l'anse galvanocaustique, qui paraît le meilleur procédé.

Ces deux avantages sont bien peu importants, attendu qu'aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, l'ouverture du péritoine est peu grave, et que dans une opération plus radicale, l'hystérectomie, grâce aux pinces de Richelot, l'hémorragie n'est pas plus à craindre.

A côté de ces deux minimes avantages, l'amputation du col a des inconvénients majeurs.

Vu ce que nous avons dit à propos de l'évolution insidieuse du cancer utérin dans sa période de début, elle ne peut être raisonnablement entreprise que dans un nombre tout à fait minime de cas et pour des épithéliomas du col ; pour ces tumeurs seulement, c'est une bonne méthode. L'opération est toujours faite à peu près au hasard ; car on ne peut savoir si on place la chaîne de l'écraseur ou l'anse galvanocaustique en dehors des limites du mal.

Si l'on n'enlève qu'une portion de la tumeur, l'intervention peut déterminer une amélioration ; mais parfois il y a une aggravation subite.

Enfin, après l'amputation du col, s'il y a récidive, comme c'est presque la règle, il est à peu près impossible de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Pour toutes ces raisons, nous pensons que l'amputation du col doit être réservée aux épithéliomas du col tout à fait au début.

AMPUTATION SUS-VAGINALE DU COL UTÉRIN

Nous serons bref au sujet de cette opération ; car elle a été peu employée en France.

Voici, en résumé, le procédé de Schrœder (1) tel qu'il est donné par Polaillon (2) :

« Schrœder procède de la manière suivante : il passe de chaque côté de l'insertion du col, à travers les culs-de-sac du vagin, de solides anses de soie, qui ont pour but de servir à abaisser l'utérus, d'étreindre les rameaux les plus inférieurs des artères utérines et de réunir ultérieurement les lèvres de la plaie. Il sectionne ensuite circulairement les culs-de-sac vaginaux, afin d'enlever les parties malades avec le col. Enfin il ferme la plaie en serrant les fils placés préalablement et en ayant soin d'y fixer le moignon utérin par un ou plusieurs points de suture, afin d'éviter la production d'un épanchement sanguin. »

OBSERVATION *(Inédite)*

Amputation sus-vaginale du col utérin pour un épithélioma. Guérison persistant depuis *quatre ans,* par M. le professeur Tédenat.

M^me^ B..., âgée de 36 ans, d'une santé délicate, a été réglée à 16 ans. Elle a accouché à 22 ans et a eu deux avortements, à 25 et 31 ans. Depuis le dernier avortement, elle est atteinte d'une endométrite qui est la cause de pertes menstruelles prolongées et suivies de flueurs blanches.

(1) *Berlin. Klin. Wochen.*, N° 27, p. 402, 8 juillet 1878, et *Zeitsch. f. Geburts. und Gynœk.* Band II, Heft 2, 1881.

(2) *Archives de gynécologie,* 1882, tome II.

Depuis quatre ou cinq mois ont apparu des hémorragies intermenstruelles, fréquentes, à odeur fétide. Aussi, en décembre 1883, le docteur Bertrand (de Paris) a pratiqué deux cautérisations du col ulcéré avec un liquide composé de parties égales de glycérine et d'acide phénique.

Le 10 février 1884, l'état général est satisfaisant. Il existe des pertes rouges et blanches, abondantes et fétides. L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres. M. Tédenat pratique une cautérisation au thermocautère et propose l'amputation du col.

Amputation sus-vaginale de Schrœder, le 17 février 1884.

Depuis sept jours, on fait des injections antiseptiques chaudes avec une solution de 10 gr. de chlorure de zinc par litre.

Malgré l'abaissement assez facile de l'utérus, l'amputation est malaisée, et M. Tédenat est obligé de laisser une longue pince de Péan dans le cul-de-sac latéral gauche. Cette pince est entourée d'une mèche de gaze iodoformée, et le vagin est tamponné aussi avec de la gaze iodoformée.

Pas d'accidents sérieux ; la pince est enlevée au bout de deux jours.

La cicatrisation est complète le 8 mars.

Des injections au chlorate de potasse (10 grammes par litre) sont pratiquées tous les jours. Depuis cette époque, la malade se porte bien. Les règles viennent assez régulièrement et durent sept ou huit jours.

Au mois de novembre 1887, M. Tédenat a examiné la malade, et n'a rien constaté qui pût faire craindre une récidive.

Malgré l'excellent résultat obtenu par M. Tédenat, nous ne pensons pas que l'amputation de Schrœder soit une très bonne opération. Car elle permet d'enlever moins de tissus morbides que l'hystérectomie, et elle est aussi dangereuse.

DE LA MÉTHODE DU PROFESSEUR VULLIET (DE GENÈVE)

La méthode du professeur Vulliet (1) peut être considérée comme curative ; car ce chirurgien a obtenu par son procédé des résultats excellents, nous n'osons dire des guérisons.

Quoiqu'elle ait été trouvée à l'étranger, cette méthode a été étudiée et mise en pratique en France ; nous sommes, par suite, autorisé à la discuter dans ce travail.

M. Vulliet dilate le col utérin et arrive ainsi à rendre visible l'intérieur de la matrice. Le col largement dilaté, on peut porter dans la cavité utérine un instrument volumineux et opérer avec autant de facilité et de précision que si on agissait à ciel ouvert.

Voici rapidement exposé le mode opératoire ; nous faisons à ce sujet de nombreux emprunts au travail de M. Bétrix (2) : On place la malade dans la position génu-pectorale. Le périnée est relevé à l'aide d'une valve de Sims. On commence la dilatation en faisant pénétrer dans le col l'instrument que l'on peut y introduire le plus facilement (sonde utérine, bougie urétrale, etc.) et on augmente peu à peu le calibre de l'instrument dilatateur. Une fois qu'on est arrivé à un certain degré, la lumière du canal cervical permettant

(1) Société médicale de Genève (octobre 1885, page 682).

(2) De la nouvelle méthode du professeur Vulliet pour obtenir une dilatation de la cavité utérine dans des conditions qui permettent l'inspection directe par la vue de cette cavité ; par Bétrix (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 15 novembre 1885).

l'introduction de petits tampons, on pousse dans la cavité utérine des tampons iodoformés. Ces tampons, attachés par un double fil, ont été préalablement trempés dans une solution d'éther iodoformé. Dans la première séance, on arrive à introduire trois ou quatre tampons. On les laisse à demeure pendant vingt-quatre et même quarante-huit heures. Au bout de ce temps on les retire, on fait un lavage et on en replace d'autres. Le nombre des tampons doit aller en augmentant à chaque séance, et on ne doit jamais laisser vide la cavité utérine. Ce traitement est généralement bien supporté, au dire de M. Vulliet. On peut employer au début des tiges de laminaire ou de l'éponge préparée ; mais ces agents ont le grand inconvénient d'être très difficilement aseptiques et par suite il vaut mieux les laisser de côté. On poursuit la dilatation jusqu'à ce que *le regard puisse inspecter toute l'étendue des parois et pénétrer jusqu'au fond de l'utérus*. Ce sont les termes mêmes qu'emploie M. Bétrix dans son mémoire. Le temps nécessaire à la dilatation varie de trois à quatre jours ; il faut compter en moyenne une quinzaine de jours. La dilatation peut être maintenue très longtemps.

M. Wisard rapporte l'observation suivante (1), dont nous donnons un résumé :

OBSERVATION PREMIÈRE

Un cas de cancer primitif du col de l'utérus traité selon la méthode du professeur Vulliet. Cicatrisation complète de l'ulcération.

M^me^ W... (Marie), née en 1837, est atteinte d'un cancer du col, dont le début remonte au mois de novembre 1885 environ. Elle a été prise à cette époque par une perte de sang considérable. Elle vint consulter le professeur Vulliet, au commencement de février. C'est une femme mai-

(1) *Suisse Romande*, numéro du 15 juillet 1886.

gre, anémiée. A l'examen local on constate sur le col une ulcération entourant son orifice inférieur et occupant presque toute la moitié antérieure de la surface vaginale.

M. Vulliet commença le traitement par un râclage minutieux qui eut le double avantage de débarrasser l'orifice du col et de fournir des particules pour l'examen microscopique. Cinq tamponnements suffirent pour dilater le canal cervical. Ceci fait, on constata que l'ulcération remontait à l'intérieur de la matrice, à une hauteur de trois centimètres. Le 22 février 1886, la malade une fois anesthésiée, la surface atteinte fut râclée et avivée, puis cautérisée avec le cautère actuel. Le lendemain 23, la cavité fut bourrée avec des tampons imbibés d'une solution saturée de chlorure de zinc, qui furent retirés le 25 au matin. La dilatation à l'aide de tampons fut maintenue pendant quelque temps, afin qu'on puisse surveiller les résultats amenés par la médication. Cette inspection facile permit de constater à trois reprises différentes des foyers de repullulation, qui furent cautérisés. M. Wisard fait remarquer que cette surveillance *de visu* de la marche du mal est un des principaux avantages de la méthode de M. Vulliet. Le 22 avril, la cicatrisation se produisait et la cavité utérine se fermait. *En juillet, six mois après l'opération, l'état général et l'état local sont parfaits.* M. Wisard ajoute que c'est la *quatrième* fois depuis un an que M. Vulliet obtient un pareil résultat.

Le Dr Gaches-Sarraute (1) a publié en 1886 l'observation suivante :

OBSERVATION II

F..., 63 ans, est atteinte depuis un an environ d'un cancer qui a détruit une partie du col de l'utérus et s'étend sur le vagin. L'état général est très mauvais ; la malade présente la teinte jaune paille caractéristique. La dilatation est commencée le 9 août 1885. Le col est suffisamment dilaté, le 10 du même mois ; ses dimensions sont celles d'une pièce de deux francs. Le 11, râclage suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc. Le 15, nouveau râclage. Le 23, cautérisation qui est répétée ensuite tous les dix ou douze jours.

(1) *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

A partir du premier octobre, deux mois après le début du traitement, la malade n'a plus besoin de soins ; elle n'a ni perte ni douleur. Le 15 novembre, au bout de quatre mois, l'état général et l'état local sont très satisfaisants. L'utérus paraît atrophié.

Dans les *nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1886, p. 693, dans un travail intitulé : « Les nouvelles méthodes de dilatation totale de l'utérus », M. Charpentier rapporte deux observations :

OBSERVATION III

La première est due à M. Porak. Il s'agit d'une femme de 64 ans ayant eu sept enfants. L'état général est bon. L'utérus est envahi par un épithélioma lobulé datant de deux ans environ. Le 4 juin 1886, est commencé le traitement de M. Vulliet. Après avoir dilaté le col, M. Porak gratte l'ulcération et cautérise la cavité au moyen de petits tampons trempés dans une solution de chlorure de zinc à 1 pour 10. Il fait de plus une cautérisation au nitrate acide de mercure. Au bout de vingt jours, la malade s'est trouvée notablement soulagée.

Cette observation est bien loin d'avoir l'importance des précédentes.

OBSERVATION IV

Observation de M. Horteloup. Elle est également rapportée dans le travail de M. Charpentier.

L'état général de la malade est très mauvais ; il s'agit d'un cancer de l'utérus dont le début remonte à un an. La dilatation du canal cervical est très bien supportée, et dès les premiers pansements les pertes cessent et les douleurs deviennent insignifiantes. Au bout de douze jours, il y a une amélioration très notable de l'état général. La dilatation a été commencée le 15 avril ; dans les premiers jours de mai, la malade peut se lever. Le 12 juin, deux mois après le début du traitement, la malade n'est plus reconnaissable.

M. Charpentier ajoute à ces deux observations la statistique de M. Vulliet :

La première malade est	guérie	depuis	11 mois.
La deuxième	—	—	8 mois.
La troisième	—	—	7 mois
La quatrième	—	—	6 mois

Au dernier Congrès de chirurgie à Paris, M. Vulliet a annoncé qu'il a obtenu cinq fois la cicatrisation. Une de ses malades, qui a été opérée il y a quatorze mois, jouit d'une parfaite santé.

On ne peut pas évidemment considérer ces résultats comme des guérisons définitives ; mais on est bien obligé d'avouer qu'ils sont excellents.

Nous basant sur les huit observations précédentes, nous pouvons apprécier la méthode. Elle présente de nombreux avantages. Elle permet, grâce à la dilatation, de manier sûrement des instruments volumineux dans la cavité utérine. Elle substitue au râclage fait au hasard une opération réglée. Elle permet d'atteindre le néoplasme jusque dans l'intérieur de la matrice, ce qu'on ne pourrait faire sans dilatation préalable du canal cervical.

Grâce à l'introduction des tampons iodoformés, M. Vulliet maintient dans l'utérus une asepsie parfaite, ce qui est capital.

Un avantage incontestable, c'est de pouvoir surveiller la récidive.

Sans aucun inconvénient pour la malade, la dilatation est maintenue pendant un temps assez long, et à mesure qu'un bourgeon suspect apparaît on le cautérise et on le détruit.

Enfin l'opération de M. Vulliet est peu dangereuse. Elle l'est beaucoup moins que l'amputation du col et surtout que l'hystérectomie vaginale.

Certains auteurs prétendent cependant que la dilatation est parfois mal supportée. M. Charpentier, dans un article très remarquable déjà cité, dit que l'introduction des tampons est parfois suivie d'une très vive douleur. Parfois, au bout d'un certain temps (Sabail), surviennent des accidents du côté du système nerveux. De plus, chez un certain nombre de femmes, on ne peut arriver à obtenir une dilatation complète.

Il est un dernier point qu'il nous paraît utile de mettre en lumière.

Lorsque M. Vulliet obtient une guérison, par suite de la cicatrisation, la cavité utérine se ferme. Cette oblitération est peu importante si la femme est arrivée à la ménopause ; mais si elle est encore réglée il faut évidemment obvier à cet inconvénient. M. Vulliet considère comme inutiles toutes les opérations qui ont pour but d'établir un nouveau canal cervical et conseille, dans ce cas, d'établir une ménopause artificielle en pratiquant la castration. Cette opération nouvelle vient augmenter considérablement la gravité de la dilatation. Aussi pensons-nous qu'il faut réserver le procédé du professeur de Genève pour les femmes qui sont arrivées à la ménopause. Il vaut bien mieux pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui permet d'enlever bien plus sûrement les tissus atteints, que de faire deux opérations.

Quoi qu'il en soit, le procédé que nous venons d'étudier rapidement a donné d'excellents résultats. On peut hésiter à le considérer comme curatif ; mais il est évidemment un excellent palliatif, parce qu'il facilite le curage et la cautérisation.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

L'hystérectomie vaginale est une opération qui a pour but d'enlever complètement l'utérus par les voies naturelles. Elle peut être employée comme traitement de plusieurs lésions utérines ; dans ces derniers temps elle a été souvent pratiquée dans le but d'arriver à la cure radicale du cancer utérin.

L'historique de cette question est traité dans un grand nombre de bons travaux auxquels nous renvoyons le lecteur. Le 5 mai 1801, Osiander (de Gœttingue), pratiqua cette opération. En 1808, il l'avait faite neuf fois. Vinrent ensuite Sauter, de Constance (1822), Dupuytren, Récamier, Roux, etc. Après cette période de vogue, la méthode tomba dans l'oubli jusqu'à l'époque actuelle, où l'antisepsie permit de l'entreprendre avec de plus grandes chances de succès.

L'hystérectomie donne une mortalité assez faible, 25 0/0 dans notre statistique. Cependant, pour qu'on puisse légitimement la tenter, il faut qu'on soit en droit d'espérer une longue survie. C'est dire que la condition essentielle est que le néoplasme ne dépasse pas les limites de l'utérus. Nous avons déjà montré, dans un premier chapitre, qu'il est rare que le chirurgien soit appelé à traiter un cancer au début, parce que les premiers symptômes ne sont nullement alarmants ; par conséquent cette condition essentielle existe rarement, et l'hystérectomie est assez rarement applicable. Le cancer de l'utérus est une maladie très fréquente ; il n'y a pas de service de chirurgie qui ne possède au moins deux ou trois fem-

mes atteintes de cette terrible maladie. L'hystérectomie est recommandée par les chirurgiens les plus éminents de notre époque, qui voient un très grand nombre de malades, et cependant elle a été pratiquée un nombre de fois peu considérable.

Dans le service de la clinique chirurgicale de Montpellier, qui a une moyenne de trente femmes, on trouve toujours dans les salles une ou deux malheureuses atteintes de cancer utérin. Cependant, dans les trois dernières années, il a été fait trois hystérectomies; tous les autres cas étaient inopérables. Tandis qu'on a pratiqué une vingtaine d'ovariotomies.

Les kystes de l'ovaire sont plus rares que les tumeurs malignes de la matrice; mais ils sont tous justiciables du même traitement : c'est ce qui explique cette différence dans le nombre des opérations.

Si, cependant, le chirurgien est appelé tout à fait au début, existe-t-il des signes qui lui permettent de reconnaître si le mal n'a pas envahi les annexes? Nous n'avons pas l'intention de traiter cette question (1). Le toucher vaginal permet de constater mieux peut-être que le spéculum l'état du col, la consistance des culs-de-sac vaginaux, l'épaisseur de la muqueuse vaginale, la présence de cordons dans sa trame. Il donne même des renseignements sur l'état du corps, que l'on peut atteindre en déprimant les culs-de-sac. Un des signes les plus importants est *la mobilité de l'utérus*. Les mouvements faciles de l'utérus indiquent presque à coup sûr l'intégrité des insertions vaginales et du tissu cellulaire périutérin. Ce signe n'est cependant pas certain; car l'utérus peut être immobile (adhérences anciennes dues à une pelvi-péritonite) et les annexes indemnes de cancer, de même qu'il

(1) Voir la clinique du docteur Bouilly, déjà citée. *Semaine médicale*, du 24 novembre 1886.

peut être mobile lorsque les vaisseaux lymphatiques sont déjà pris.

Enfin le palper abdominal chez des femmes maigres permettra d'acquérir quelques notions sur le volume de la matrice et l'état des ganglions pelviens.

Avant de pratiquer l'hystérectomie, il est nécessaire de se rappeler que l'utérus est en contact immédiat avec des organes très importants. Les blessures du rectum, mais surtout de la vessie, ne sont pas rares; cet accident est arrivé aux chirurgiens les plus éminents de notre époque, comme on peut le voir en jetant un coup d'œil sur nos tableaux. Il faut aussi craindre de léser l'uretère en le saisissant avec une pince à forcipressure ; enfin les hémorragies que donne l'artère utérine ont parfois occasionné la mort.

Nous renvoyons pour les données anatomiques au travail de M. Chalot (1) et à celui du Dr Ricard (2).

S'il est rare d'opérer dans de bonnes conditions et d'être sûr d'opérer une tumeur qui ne dépasse pas les limites de l'organe, si on peut discuter la valeur de l'hystérectomie parce qu'on peut assez rarement l'employer, on est obligé au contraire d'accorder que c'est aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Péan, Doleris et surtout de M. Richelot, une opération admirablement réglée (3). En voici, en résumé, les temps principaux :

(1) *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire.* Paris 1886, page 717.

(2) *De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérectomie vaginale,* par le Dr Ricard (*Semaine médicale* du 2 février 1887). Nous avons pu vérifier les conclusions du Dr Ricard, grâce à l'obligeance de M. A. Castan, aide d'anatomie.

(3) *France médicale,* 20 novembre 1886, page 1605. *De l'hystérectomie vaginale. Indication et manuel opératoire,* par L.-G. Richelot.

1° Pendant quelques jours, le vagin est désinfecté par des injections antiseptiques. Avant de commencer l'opération il faut sonder la malade et faire une injection de sublimé dans le vagin ;

2° Abaissement de l'utérus à l'aide d'une pince de Museux. Deux pinces placées côte à côte ne sont pas inutiles. L'utérus est abaissé doucement ;

3° Incision du cul-de-sac vaginal antérieur avec un bistouri ordinaire. Il ne faut pas faire l'incision trop haut, de peur de toucher la vessie. Le tranchant du bistouri doit être toujours perpendiculaire à la surface de l'utérus ;

4° Les doigts décollent rapidement la vessie et arrivent jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qui est saisi avec une pince. Le péritoine est attiré et sectionné. Puis les deux index, introduits dans la boutonnière, la déchirent largement ; une éponge montée est placée dans l'ouverture béante ;

5° En arrière, la manœuvre est beaucoup plus facile : le rectum est plus loin du bistouri. On arrive plus facilement sur le cul-de-sac péritonéal ; on l'ouvre et on place une éponge. Il ne reste plus qu'à sectionner les ligaments larges ;

6° Avec l'index de la main gauche on accroche le bord supérieur du ligament large, puis on place la pince de Richelot dont un mors pénètre dans la déchirure postérieure du péritoine, l'autre dans la déchirure antérieure. On serre la pince et on coupe au ras de l'utérus. Le pincement et la section du second ligament large se font à ciel ouvert.

Si on ne peut pas abaisser l'utérus, il faut couper les ligaments larges en deux fois. On saisit d'abord la moitié inférieure de chaque ligament et on la sectionne ; l'organe ainsi libéré se laisse attirer plus facilement, et on pince alors la moitié supérieure des ligaments.

La plaie doit rester béante, et la cavité vaginale est remplie avec de l'ouate iodoformée.

Les pinces doivent être laissées en place 36 heures.

Dans l'*Union médicale* du 3 avril 1887, M. Richelot insiste sur un point du manuel opératoire qui lui paraît très-important ; c'est la résection d'une portion de la paroi vaginale. Cette résection est destinée à éviter la récidive. Le plus souvent, en effet, la récidive ne se fait pas dans les annexes, mais au niveau de la cicatrice. Lorsque, après une intervention, le néoplasme apparaît en ce point, c'est que l'incision faite à la périphérie du col a été trop rapprochée de la tumeur. On ne peut pas évidemment la faire plus haut, à cause de la vessie ; mais, une fois que l'utérus est dégagé, on peut toujours saisir les bords de la plaie vaginale et réséquer avec des ciseaux courbes une bande circulaire de cette paroi.

Il semble que la résection d'une portion du vagin doive être surtout indiquée, lorsqu'on est en présence d'un épithélioma de la muqueuse de la portion vaginale du col. Nous avons vu, en effet, que cet épithélioma envahit la paroi vaginale avant d'atteindre les annexes. Aussi, dans les quelques lignes que nous avons consacrées à l'anatomie pathologique, nous avons eu soin de le séparer des autres tumeurs malignes de la matrice. Il s'en distingue par la route différente qu'il suit pour envahir les organes avoisinants, et, grâce à la modification dans le manuel opératoire indiquée par M. Richelot, on peut jusqu'à un certain point empêcher sa récidive.

Les deux perfectionnements introduits par M. Richelot dans l'hystérectomie vaginale ont rendu cette opération beaucoup moins dangereuse et beaucoup plus efficace : les longues pinces préviennent l'hémorragie et jouent le rôle de drain ; la résection d'une portion de la paroi vaginale empêche la récidive dans le cas d'épithélioma du col.

Nous devions faire connaître, dans un court résumé, ces données générales sur l'hystérectomie vaginale avant de rap-

porter les observations que nous avons trouvées dans la littérature française. Nous avons fait un relevé aussi consciencieux que possible. Il se peut qu'il se soit glissé quelque erreur dans nos tableaux ; mais en tous cas nous pensons que l'ensemble des observations qui suivent constitue un terrain solide sur lequel on peut appuyer un jugement raisonné, mais non définitif, de l'hystérectomie vaginale.

Nous laissons de côté les opérations qui appartiennent à l'historique de la question ; nous ne rapportons que celles qui ont été pratiquées depuis l'emploi des agents antiseptiques.

Tableaux.

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉRAL	JOUR DE L'OPÉRATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT — CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE.... RÉCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
I. — Jeanne N..., 30 ans, depuis un an pertes sanguinolentes.	Thèse de Gomet, Paris 1886 et thèse de Doche, Bordeaux 1884.	Le col de l'utérus est gros, induré ; la lèvre antérieure est surtout envahie. Culs-de-sac libres ; utérus mobile, corps un peu augmenté de volume. Pas de ganglion engorgé.	Opération le 9 décembre 1882, par M. Demons.		Guérison malgré des symptômes graves de péritonite et de cystite. *Récidive six mois après à l'extrémité droite de la cicatrice.*	
II.—Madame D..., 60 ans. Epoque du début inconnue.	Thèse de Gomet	Epithélioma du col qui est dégénéré et fongueux. Corps faisant saillie à l'hypogastre au dessus du pubis. Cachexie cancéreuse.	Opération le 28 décembre 1882, par M. Péan. La friabilité du col empêche d'abaisser l'utérus ; on ne put le faire basculer, vu l'induration des ligaments larges. L'utérus fut enlevé par morceaux. L'opération dure quatre heures.	Mort subite le second jour. L'autopsie n'a pas été faite.		
III.— Mme R..., de Rouen, 41 ans. Début 3 mois avant l'opération.	Société de Chirurgie. Séance du 4 juin 1884.	Epithélioma du col, Utérus mobile. Etat général très satisfaisant.	Opération faite le 26 oct. 1882 par Bœckel, de Strasbourg. Fistule consécutive à la mortification de l'uretère saisi par une pince à forcipressure. Néphrectomie pratiquée avec succès le 27 nov. de la même année	Mort sept mois après	Récidive, six mois après l'opération.	

IV.—Albanie G.... 34 ans. Début 18 mois avant l'opération.	Thèse de Gomet et thèse de Doche.	Epithélioma du col. Utérus mobile. Culs-de-sac libres. Etat général satisfaisant.	Opération le 6 janvier 1883, par M. Dudon.		Succès opératoire.	A la fin de févr. 1884 pas trace de récidive. *Etat parfait au bout de 18 mois.* (Demons, Extirpation totale de l'utérus. *Rev. de Chirug.* 1884, page 651).
V. —Mme X..., 35 ans. Début un an environ avant l'opération.	—	Col dur, bosselé, saignant, paraissant envahi dans la région sus-vaginale. Parois vaginales et culs-de-sac sains.	Opération le 22 février 1883, par M. Maudillon.	Mort le 12e mois après l'hystérectomie.	Succès opératoire. Récidive au sixième mois.	
VI. — Marguerite D.., 26 ans. Début 15 mois environ avant l'opération.	—	Epithélioma du col. Culs-de-sac libres, vagin sain. Etat général satisfaisant.	Opération le 14 avril 1883, par M. Dudon.	Mort le 5e jour, de péritonite.		
VII. — Catherine B..., 42 ans.	—	Epithélioma du col.	Opération faite en juin 1883, par M. Demons.	Mort trois jours après l'opération de péritonite aiguë. On trouve une éponge dans l'abdomen.		

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE *(Suite)*

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉKAL	JOUR DE L'OPÉRATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE... RÉCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
VIII. — Mme X..., 62 ans. Début de la maladie huit ou dix mois avant l'opération.	Thèse de Gomet et thèse de Doche.	Cancer du corps et du col de l'utérus.	Opération faite en 1883, par M. Demons. Très pénible à cause de nombreuses adhérences. Elle dure quatre heures.	Mort dans la nuit.		
IX. — Marie D..., 41 ans. Début de la maladie 11 mois avant l'opération.	—	Epithélioma du col. Le fond du vagin est rempli par un champignon, volumineux, arrondi et mollasse. Utérus très mobile.	Opération le 28 février 1884, par M. Demons.		Succès opératoire. La malade est sortie de l'hôpital le 24 mars.	
X. — Marguerite A..., 21 ans. Epoque du début inconnue. Depuis 6 mois pertes abondantes.	Thèse de Gomet.	Col complètement détruit, culs-de-sac libres. Epithélioma du col commençant à envahir le corps. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général très mauvais.	Opération le 2 juin 1885, par M. Tillaux. Utérus mobile. Durée de l'opération 1 h. et demie. Cette longueur est due à ce que le fil qui serrait le ligament large droit a lâché.		Succès opératoire. La malade est sortie le 1er juillet, complètement guérie.	
XI. — Louise M...; 47 ans. Début de la tumeur 6 mois avant l'opération.	—	Epithélioma du col et du corps. Col volumineux entr'ouvert. Dans l'écartement des lèvres on aperçoit une masse fongueuse. Les culs-de-sac sont libres et l'utérus mobile.	Opération le 5 juin 1885, par M. Terrier.		Succès opératoire. La malade sort guérie 1 mois après l'opération.	Revue le 31 janvier 1887. *Dix-neuf mois après l'opération. Guérison complète.*

XII. — Mme M..., 38 ans. Début au printemps de 1885.	—	Epithélioma occupant la surface vaginale du col. Muqueuse vaginale saine. Culs-de-sac libres. Utérus mobile, mais augmenté sensiblement de volume.	Opération le 2 juillet 1885, par Trélat. Ligature laborieuse des ligaments larges.		Succès opératoire. Le 28 juillet la malade est dans l'état le plus satisfaisant.	*Dix-neuf mois après la guérison se maintient.*
XIII.—Mme Berthe C..., 34 ans. Début probable de la tumeur, 5 mois avant l'opération.	—	Epithélioma du col ayant détruit la lèvre postérieure jusqu'aux insertions vaginales. L'utérus est peu mobile. L'état général assez bon.	Opération le 8 juillet 1885, par M. Terrier.	Mort le 14 juillet, 6 j. après l'opération. Epanchement de sang dans la cavité péritonéale. Le fil qui serre le ligament large droit a lâché. A gauche traînée de ganglions lymphatiques dans la fosse iliaque.		
XIV.—Marie L..., femme V..., 49 ans. Début de la tumeur 6 mois avant l'opération.	—	Epithélioma occupant la lèvre postérieure du col et se prolongeant sur le vagin, dans l'étendue d'un bon travers de doigt. Utérus mobile.	Opération le 25 juillet 1885, par M. Gillette. *Perforation de la vessie.*		Succès opératoire. La malade a été revue le 13 octobre, 2 mois 1/2 après, en très bonne santé.	
XV. — Herminie R..., 35 ans. La santé est altérée depuis 3 ans. Début probable de la tumeur en février 1885.	—	Epithélioma végétant du col utérin. Utérus mobile. Vagin et ligaments larges indemnes.	Opération le 8 août 1885, par M. Richelot. Une amputation partielle du col avait été faite le 26 mars. L'utérus a cependant été facilement abaissé.	Mort le 11 août, 3 j. après par hémorragie. Les fils qui serraient le ligament large droit se sont relâchés.		

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE *(Suite)*

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉKAL	JOUR DE L'OPÉRATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT — CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE... RÉCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
XVI. — M^me^ P..., 62 ans. La tumeur a pris naissance il y a plusieurs années.	Thèse de Gomet.	Cancer du corps de l'utérus. Le ligament large droit est envahi par le néoplasme. Le col est sain.	Opération faite le 21 août 1885, par M. Péan.	Mort le 3^me^ jour.		
XVII.—Joséphine H..., 33 ans. Début probable de la maladie en 1881.	—	Epithélioma du col ayant envahi le vagin principalement sur sa face postérieure. Utérus mobile. Etat général mauvais.	Opération faite le 20 octobre 1885, par M. Le Dentu.	Mort 12 h. après l'opération.		
XVII. — F. D..., 42 ans. Depuis 6 mois environ ont apparu des pertes rougeâtres.	—	Epithélioma du col ayant envahi en partie le cul-de-sac postérieur. Etat général satisfaisant.	Opération faite le 28 octobre 1885, par M. Marchand. Au cours de l'opération le rectum a été perforé.	//	Succès opératoire. La malade a été revue, 2 mois 1/2 après l'opération.	
XIX.—Céline M..., 35 ans. La tumeur a pris naissance il y a 4 mois environ.	—	Epithélioma du col, occupant principalement la partie droite ; de ce côté le vagin est envahi par le néoplasme. L'utérus s'abaisse difficilement.	Opération faite le 16 novembre 1885, par M. Terrier.	//	Succès opératoire. La malade a été revue le 18 mai 1886, 6 mois après l'opération : la santé était parfaite.	
XX.—M^me^ C..., 44 ans. Début probable de la maladie en septembre 1885 par des pertes blanches abondantes.	Société de chirurgie. Séances du 2 juin 1886 et du 2 mars 1887.	Epithélioma du col remontant presque jusqu'aux insertions vaginales.	Opération par M. Terrier, le 30 mars 1886.	//	Récidive constatée le 28 juin 1886, 3 mois après l'opération.	

XXI. — K..., 31 ans. La tumeur a débuté il y a 2 ans.	*Gazette des hôpitaux* 1886, p. 647	Epithélioma végétant du col.	Opération le 26 avril 1886, par M. Buffet (Hôpital d'Elbeuf).		Succès opératoire. La malade sort bien portante le 26 mai. Le 25 juin, 2 mois après l'opération, la santé est parfaite.
XXII. — Marie X..., 25 ans. La tumeur a pris naissance il y a environ 4 mois.	Mémoire de M. Lapeyre. *Gaz. méd. de Montpellier*, 28 mai 1887.	Epithélioma du col. Utérus mobile. Culs-de-sac libres.	Opération le 20 mai 1886, par M. Tédenat. Pas de difficultés opératoires.	Mort 6 mois après l'opération.	Succès opératoire. Au bout d'un mois la malade est guérie, mais deux mois après l'opération, récidive.
XXIII. — Augustine F..., 31 ans. Début il y a 3 ou 4 mois.	Thèse de Gomet.	Epithélioma du col ayant envahi le cul-de-sac vaginal droit.	Opération faite le 26 mai 1886, par M. Richelot. Utérus mobile. A droite dans le ligament large on coupe en plein tissu cancéreux. Pincement de l'uretère droit par une pince à forcipressure.	Mort 5 mois après l'opération.	La malade quitte l'hôpital en juillet, souffrant du rectum et perdant l'urine.
XXIV. — Hélène P..., 49 ans. La tumeur a débuté il y a trois mois environ.	—	Epithélioma du col. Utérus mobile. Culs-de-sac libres.	Opération pratiquée le 26 mai 1886, par M. Trélat. Perforation de la vessie, qui est suturée au catgut.		Succès opératoire. La malade quitte l'hôpital avec une fistule vésico-vaginale. *Huit mois après elle est guérie de son cancer et de sa fistule.*
XXV. — Mme Médard, 40 ans. Début de la tumeur en janvier 1886.	Société de chirurgie. Séance du 2 mars 1887	Epithélioma pavimenteux lobulé du col utérin.	Opération faite le 28 mai 1886, par M. Terrier.		Succès opératoire. *Huit mois après l'opération la malade se porte très bien.*

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE *(Suite)*

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉRAL	JOUR DE L'OPÉRATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT — CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE.... RÉCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
XXVI. — Mme X..., 32 ans. La tumeur a débuté il y a environ 18 mois.	*Union méd.* du 13 févr. 1887. Rapport de M. Richelot.	Epithélioma du col.	Opération faite le 9 juin 1886, par M. Rohmer.	Mort le 5e jour. Péritonite		
XXVII. — Louise C..., 39 ans. La tumeur a débuté probablement il y a cinq mois.	Thèse de Gomet.	Epithélioma du col. Culs-de-sac vaginaux indemnes. Utérus mobile.	Opération faite le 11 juin 1886, par M. Richelot.		Succès opératoire. Guérison un mois après l'opération. *Au bout de neuf mois* la malade a été revue ; elle était en parfaite santé.	
XXVIII. — Mme B... 35 ans. La tumeur existe depuis 18 mois environ.	—	Epithélioma du col et du corps de l'utérus.	Opération le 23 juin 1886, par M. Péan. Pas de difficultés opératoires.		La malade guérie est sortie au bout de quelques jours ; elle n'a pas été revue.	
XXIX. — Mme L..., 26 ans. La tumeur a débuté il y a environ cinq ans.	—	Epithélioma du corps de l'utérus, qui présente sur sa face postérieure une masse kystique qui appartient en réalité à l'ovaire droit.	Opération le 6 juillet 1886, par M. Péan. Hystérectomie vaginale et résection de la trompe et de l'ovaire droits.		Succès opératoire.	
XXX. — Mlle Maria Nautier, 36 ans. Début probable en mai 1886.	Société de chirurgie. Séance du 2 mars 1887	Epithélioma du col envahissant dans une petite étendue le vagin à droite. Utérus fibromateux.	Opération faite le 9 juillet 1886, par M. Terrier.		Récidive au bout de 4 mois.	

XXXI.—Stéphanie P..., 45 ans. Début de la maladie à une époque inconnue. En mars 1886 la malade a subi l'amputation sous-vaginale du col.	Thèse de Madec. Paris, 22 décembre 1886.	Cancer ayant débuté sur la muqueuse intra-cervicale. Etat général bon.	Opération faite le 31 août 1886, par M. Richelot. Quoique les culs-de-sac aient paru libres, l'abaissement de l'utérus est incomplet.		Succès opératoire. La malade quitte l'hôpital le 6 octobre, jour où l'on enlève un bourgeon suspect. Revue un mois après par le docteur Piron, elle est en bonne santé. *Six mois après il n'y a pas de récidive.*	
XXXII. — Mme M..., 43 ans. Début de la tumeur en juin 1886.	—	Epithélioma du col, atteignant presque le cul-de-sac postérieur.	Opération pratiquée le 13 octobre 1886, par M. Richelot. L'utérus est facilement abaissé.		Au bout d'un mois, le 17 novembre, la malade sort guérie. Deux mois après l'opération, elle est en bonne santé.	
XXXIII.—Hyacinthe F..., 46 ans. Epoque du début inconnue.	—	Epithélioma développé dans le canal cervical, affleurant les lèvres du col. Les culs-de-sac semblent libres. Mauvais état général.	Opération le 9 octobre 1886, par M. Richelot. Abaissement de l'utérus impossible parce que le col se déchire sous les tractions. Opération très laborieuse qui dure 1 h. 3/4.	Mort trois jours apr. l'opér. A l'autopsie on constate une augmentation du volume des uretères. qui étaient comprimés. Les reins sont profondément altérés. Parcelles cancéreuses autour des uretères qui auraient occasionné une récidive.		

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE *(Suite)*

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉRAL	JOUR DE L'OPÉÉATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT — CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE... RÊCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
XXXIV. — Mme B..., de Lorient.	*Union méd.* du 3 avril 1887.	Epithélioma du col.	Opération le 14 novembre 1886, par M. Richelot.		Succès opératoire. *Pas de récidive au bout de quatre mois.*	
XXXV. — Elise L.	—		Opération le 20 novembre 1886, par M. Richelot.	Mort par hémorragie. Une des artères utérines rétractée ne fut pas pincée.		
XXXVI.—Victoire P..., 44 ans, a des pertes blanches depuis deux mois.	—	Epithélioma du col envahissant surtout la lèvre antérieure. Etat général mauvais.	Opération le 25 novembre 1886, par M. Richelot.		Succès opératoire. Commencement de récidive au bout d'un mois. Trois mois après l'opération, l'état général est excellent.	
XXXVII. — X..., 60 ans.	Société de chirurgie 26 janvier 1887.		Opération par M. Trélat en 1886.	Mort le matin du 5e jour. (Coma)		
XXXVIII. — Mme Anselin, 62 ans. Début de la tumeur il y a deux ans environ.	*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* 1887, page 276.	Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine. Etat cachectique très marqué.	Opération le 20 février 1887, par M. Doleris. L'opération dure une heure et demie.		Succès opératoire. Le 30 mars la malade est guérie.	

XXXIX. — X..., malade depuis trois mois.	*Leçons de clinique chirurgicale*, par Lannelongue, de Bordeaux, pag. 523 et suivantes.	Epithélioma du col très limité n'ayant envahi ni le corps ni les culs-de-sac.	Opération par M. Lannelongue (de Bordeaux), en avril 1887.	Mort au sixième mois.	Succès opératoire. Récidive au bout de trois mois. Après cet espace de temps de repos complet, la vessie, le vagin, le rectum ont été le siège d'une récidive à marche très rapide.
XL. — X...	—		Opération par M. Lannelongue en 1887.	Morte d'accidents pyélo-néphrétiques. L'uretère avait été saisi par une pince à forcipressure.	
XLI.— X..., 32 ans est malade depuis deux mois.	—		Opération par M. Lannelongue en 1887. Elle est très difficile parce qu'on ne peut abaisser l'utérus.	Morte de récidive 2 mois 1/2 environ après l'opération.	Succès opératoire. Récidive deux mois après.
XLII. — X...	—		Opération par M. Lannelongue en 1887.		Succès opératoire. Au bout de huit mois la guérison se maintient.
XLIII.— Mme B..., 52 ans. Début probable de la tumeur en janvier 1887.	Société de chirurgie. Séance du 9 mars 1887	Epithélioma du col.	Opération le 27 février 1887, par M. Richelot.		Succès opératoire.

TABLEAU DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DE L'UTÉRUS

FAITES EN FRANCE *(Suite)*

NOM, AGE DÉBUT DE LA MALADIE	Bibliographie	SIÈGE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR CANCÉREUSE ÉTAT GÉNÉKAL	JOUR DE L'OPÉRATION SON AUTEUR DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES	MORT CAUSE DE LA MORT	GUÉRISON AU BOUT DE... RÉCIDIVE	GUÉRISON DURABLE
XLIV.— Mme X..., 46 ans, est malade depuis un an.	Société de chirurgie. Séance du 18 mai 1887 *Union méd.* oct. 1887.	Epithélioma du col. Etat satisfaisant.	Opération faite le 12 mars 1887, par M. Paquet (de Lille).	Mort quatre mois après l'opération.	Succès opératoire.	
XLV. — Mme S..., 58 ans. Début de la tumeur en septembre 1886.		Epithélioma intra-cavitaire sans végétations extérieures, paraissant bien limité au col. Intégrité des culs-de-sac. Utérus mobile.	Opération faite le 28 avril 1887, par M. Richelot. Résection d'une bande circulaire de la paroi du vagin.		Succès opératoire. Quatre mois après, l'état de la malade est parfait.	
XLVI.— Mme G..., 29 ans. Depuis deux mois elle a des pertes blanches et fétides. Etat général excellent. Mère morte d'un cancer utérin.	—	Epithélioma intra-cavitaire. Col largement ouvert et bourré de fongosités.	Opération le 23 mai 1887, par M. Richelot.		La malade quitte Paris un mois après l'opération. Elle est en parfaite santé.	
XLVII.—Mme C..., 35 ans, est atteinte d'un cancer qui s'est déclaré en juillet 1886. Elle est fraîche et bien portante.	—	Epithélioma du col.	Opération le 2 juin 1887, par M. Richelot. Elle dure une heure et demie.		En septembre, récidive. Curage et cautérisation au chlorure de zinc, le 16 octobre. On ne peut dire encore s'il y a guérison.	
XLVIII. — Mme Bouchez, 58 ans. Depuis 5 ans, époque de la ménopause, elle perd tous les mois pendant un jour du sang très peu coloré. Il y a six mois perte de sang très abondante.	*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* 1887, page 392.	Sarcome du canal cervical faisant saillie à l'orifice externe.	Opération le 4 juillet 1887, par M. Doleris. Durée de l'opération, 35 minutes.		Succès opératoire. Le 6 août l'état de la malade est parfait.	

XLIX. — Mme B.., 34 ans. Depuis un an elle a des hémorragies fréquentes. L'état général est très bon.	*Union méd.* oct. 1887.	Epithélioma du col.	Opération par M. Richelot, le 1er août 1887. L'opération dure une heure environ.		En septembre la plaie est fermée. La cicatrice et les tissus ambiants sont très souples.
L. — Madame B..., 34 ans. Début en janvier 1887. Etat général excellent. Sa mère est morte de cancer de l'utérus.	—	Epithélioma limité à la lèvre inférieure du col. Le vagin n'est pas envahi, l'utérus est mobile.	Opération par M. Richelot, le 31 août 1887.		Succès opératoire. En octobre la malade se porte très bien.
LI. — Madame D..., 37 ans, a des pertes blanches depuis quelques mois.	—	Epithélioma ayant envahi le cul-de-sac postérieur.	Opération (très laborieuse) le 3 septembre 1887, par M. Richelot (22 pinces hémostatiques).		Le 19 octobre la malade est bien portante. Elle a encore une plaie de 2 cent. sur 3.
LII. — Madame B..., 68 ans. Début il y a deux ans environ.	*Union méd.* 11 décemb. 1887.	Epithélioma intra-utérin. Le col est absolument normal. Culs-de-sac libres. Corps de l'utérus augmenté de volume. Bon état général.	Opération le 21 octobre 1887, par M. Richelot. (Parois utérines détruites par le néoplasme).		Succès opératoire.
LIII. — Virginie L.., 39 ans, a des pertes en dehors de ses règles depuis un an. Cautérisation du col il y a 7 mois. Son père est mort d'un cancer de l'estomac et sa mère d'une affection de la matrice.	*Gazette des hôpitaux* du 10 janv. 1888, page 32.	Epithélioma intra-cervical dépassant l'ouverture inférieure et envahissant principalement la lèvre postérieure qui présente une tache de la grosseur d'une lentille saignant au moindre frottement. Les parois vaginales sont saines et souples. L'utérus s'abaisse facilement. Amaigrissement et coûleur légèrement ictérique depuis quelques mois.	Opération le 17 mars 1887 par M. Le Bec. Opération facile.	Mort le 23, six jours après l'opération. Double pyosalpingite, péritonite septique.	

M. Labbé (1) a fait cinq hystérectomies pour cancer de l'utérus dont nous n'avons pas trouvé le détail dans la littérature médicale. Les résultats de ses cinq opérations sont les suivants :

Une malade est morte de l'opération ; le néoplasme a récidivé chez la seconde après trois mois ; une troisième a été perdue de vue après deux mois de bonne santé ; la quatrième se porte bien après dix-huit mois ; enfin la dernière jouit d'une bonne santé douze mois après l'opération.

OBSERVATION (*Inédite*).

Épithélioma du col. Hystérectomie vaginale, par M. le professeur Tédenat. — La guérison se maintient depuis deux ans.

Julie G..., 42 ans, habitant Marseille, tempérament lymphatique ; bonne constitution. Réglée à 14 ans. Trois accouchements normaux ; bonne santé habituelle.

Depuis le mois de juillet 1885, elle est atteinte de ménorragies qui durent 8 ou 10 jours. En septembre de la même année les pertes deviennent fétides. Jusqu'en décembre le traitement a consisté en injections d'eau chaude.

État le 10 décembre 1885. — L'état général est bon. La malade a des pertes rosées fétides, pas très abondantes mais continuelles. Ulcération dure fissurée, mamelonnée, de la lèvre antérieure du col. Utérus mobile. Culs-de-sac libres et souples. Bien que l'amputation sous-vaginale puisse permettre l'ablation de toute la tumeur, M. Tédenat propose l'hystérectomie, qui est acceptée.

Du 10 au 15 décembre on fait une injection matin et soir avec la solution suivante :

Eau bouillie.	trois litres
Sel de cuisine.	trente grammes
Sublimé corrosif	cinquante centigrammes

Après l'injection on place un tampon de gaze iodoformée.

(1) Académie de médecine (Séance du 29 novembre 1887).

Hystérectomie le 15 décembre 1885. — L'opération est très facile, l'utérus ayant pu être attiré très bas. Séparation facile de la vessie et des uretères en avant, du rectum en arrière. Bascule de l'utérus en arrière. Ligature double sur chaque ligament large. Lavage antiseptique. Gros drain. Tamponnement avec la gaze iodoformée.

15 décembre au soir. — La malade a vomi deux fois dans les trois heures qui ont suivi l'opération. Les douleurs sont supportables.

La température est de 38,1, le pouls à 120. Le ventre est peu tuméfié; on ordonne 4 pilules d'extrait thébaïque à un centigramme.

Le 19 décembre, les tampons sont changés. La température axillaire n'a pas dépassé 38,3 depuis l'opération ; le pouls oscille entre 90 et 120. Le ventre est peu tuméfié, presque indolore à la pression. La miction est facile.

L'opium est continué.

Le 22 décembre, nouveau pansement. Pas de sécrétion fétide ; l'état général est bon.

Le 3 janvier 1886, la cicatrisation est complète.

M. le professeur Tédenat a vu la malade le 20 décembre 1887, *deux ans après*. Elle jouit d'une bonne santé et n'a pas de pertes vaginales. Le fond du vagin est aussi souple que dans les premières semaines qui ont suivi l'opération.

OBSERVATION (*Inédite*).

Épithélioma du col. — Hystérectomie par M. le professeur Tédenat. — Succès opératoire. — Après neuf mois, pas de récidive.

M^me^ X..., 48 ans, est malade depuis 8 à 10 mois environ.

L'état général est bon. Le museau de tanche est complètement envahi par le cancer ; mais les culs-de-sac sont sains et les parois vaginales ne présentent pas d'induration suspecte.

Opération le 6 mai 1887. — Depuis plusieurs jours on fait des injections antiseptiques dans le vagin. Anesthésie chloroformique.

On éprouve une assez grande difficulté pour abaisser la matrice, mais on y parvient cependant. Les autres temps de l'opération s'exécutent facilement. Les pinces de Richelot sont laissées à demeure. La cavité vaginale est bourrée de gaze iodoformée. Potion morphinée. Glace. Bouillon glacé.

Pendant les jours qui suivent l'opération, pas de réaction fébrile ; la plus haute température a été de 38°. Pas de nausées ni de vomissements. La malade a été sondée régulièrement deux fois par jour. A partir du second jour, les tampons de gaze ont été changés deux fois par 24 heures. Chaque nouvelle application de gaze iodoformée était précédée de lavages antiseptiques.

Le 8 mai, 48 heures après l'opération, les pinces de Richelot ont été retirées.

Le 10 mai, la malade va aussi bien que possible.

Trois semaines après l'opération, elle peut partir.

Elle a été revue le 23 janvier 1888, *neuf mois après l'opération;* elle jouit d'une parfaite santé.

Les conclusions que nous allons émettre sont basées sur les 60 observations qui précèdent. Nous avons eu soin de donner pour chaque observation l'indication bibliographique, de sorte qu'on pourra facilement vérifier l'exactitude de notre statistique. Les titres placés en tête de chaque colonne mettent en relief les points essentiels ; on pourra peut-être nous reprocher d'avoir considéré comme durables des guérisons qui ne datent que de dix-huit mois. Il est certain qu'après un temps aussi court on ne peut rien affirmer; mais il faut bien avouer que la malade a retiré un grand bénéfice de l'hystérectomie.

La moyenne de l'âge des malades dont nous avons rapporté les observations est, en chiffres ronds, de 36 ans. Dans les statistiques de Lebert on trouve que c'est de 35 à 40 ans que le cancer de l'utérus est le plus fréquent. Scanzoni a constaté le plus grand nombre de cas de 40 à 45 ans, West de 40 à 50 ans.

La forme du cancer qui a été le plus fréquemment rencontrée est l'épithélioma du museau de tanche. Le plus souvent, en effet, nous trouvons noté dans les observations : épithélioma du col formant un champignon plus ou moins volumineux. Cette particularité s'explique facilement : d'abord l'épithé-

lioma est la plus fréquente des tumeurs malignes qui occupent la matrice, et de plus l'épithélioma est le cancer qui est diagnostiqué le plus aisément et le plus tôt. Nous trouvons seulement un cas de cancer du corps, deux cas de sarcome et trois d'épithéliome ayant pris naissance dans le conduit cervical et commençant à faire saillie à l'orifice du museau de tanche. Dans deux observations la variété de la tumeur cancéreuse n'est pas indiquée.

Un point qu'il est utile de mettre en relief, c'est l'importance capitale de l'état général de la malade. Etat qui peut être très mauvais avec un état local peu avancé et qui, de même, peut être excellent alors que le col est complètement détruit.

Lorsque, malgré une lésion locale peu avancée, la malade est faible, anémiée, la mort après l'hystérectomie est la règle. De même aussi, il est facile de s'en convaincre en lisant nos tableaux, lorsque le mal a dépassé les limites de l'utérus et que ce dernier est enclavé dans le petit bassin. Dans ce cas-là l'opération bien souvent ne peut pas être terminée, et même lorsqu'on peut après plusieurs heures de lutte enlever la matrice, on aboutit presque toujours à une issue fatale.

Le début est une des données qu'il est le plus difficile de préciser, car c'est un point qui est fixé, non par le médecin, mais plutôt par la malade. Aussi ne faut-il considérer que comme tout à fait approximatives les dates qui sont données dans les observations. Il est de règle, quoique ce ne soit pas absolu, la marche du cancer étant variable suivant la nature du néoplasme et le sujet qui en est atteint, il est de règle que l'opération réussisse mieux quand les accidents du début sont plus récents. En ne prenant que les résultats heureux notés dans notre travail, le temps écoulé depuis le début jusqu'à l'opération est en moyenne de 8 mois.

Les succès opératoires sont aujourd'hui nombreux, et dans tous les pays on en rapporte des exemples. Sur les 60 cas cités ici, nous trouvons 45 succès opératoires, ce qui donne une mortalité de 25 p. 100. Cette mortalité est peu considérable surtout si l'on veut bien admettre, ce qui ressort manifestement de notre statistique, que les cas de mort sont de plus en plus rares à mesure qu'on se rapproche de l'époque actuelle. Nous ne comptons dans ce chiffre de 25 p. 100 que les malades qui sont mortes quelques jours après avoir subi l'hystérectomie vaginale. Il est évident que celles qui ont succombé 4 ou 5 mois après n'ont pas été guéries par l'intervention, mais qu'elles ont cependant retiré un bénéfice de l'hystérectomie.

Les cas de mort sont aujourd'hui beaucoup moins fréquents, pour deux raisons. D'abord parce que les indications de l'opération sont posées d'une façon précise. (Certains cas, en effet, qui ont été traités par l'hystérectomie, de 1880 à 1885, seraient aujourd'hui considérés comme justiciables seulement du traitement palliatif.) De plus, le manuel opératoire a été perfectionné. Il est certain que lorsque les chirurgiens ne se servaient pas des pinces de Richelot, beaucoup de malades succombaient à l'hémorragie. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir la colonne de nos tableaux intitulée : Mort, cause de la mort.

Aussi nous ne doutons pas que dans dix ans le chiffre de la mortalité ne soit de beaucoup inférieur à 25 p. 100. Ce chiffre est probablement pour l'heure actuelle un peu inférieur à la réalité, car il est probable que plusieurs insuccès n'ont pas été publiés. Tous les hommes désireux avant tout de trouver la vérité publient également leurs succès et leurs désastres ; mais il faut admettre cependant qu'on a plus de tendance à faire connaître les guérisons que les morts ; aussi

pensons-nous que la mortalité est un peu plus forte que 25 p. 100 (1).

Les guérisons durables ne sont pas encore très nombreuses. Certains auteurs prétendent même que l'hystérectomie partielle a donné de plus beaux succès. Pour être logique il faudrait tenir compte du nombre d'opérations qui ont été faites par chaque méthode. De plus, l'ablation totale de l'utérus étant de date récente, on ne peut pas avoir de guérison bien ancienne. Nous citons les observations de cinq malades chez lesquelles une santé parfaite s'est maintenue après 18 mois. Certainement ce n'est pas une guérison définitive, puisque le cancer peut récidiver 7 et 8 ans après l'ablation ; mais ce sont de très beaux résultats. Viennent ensuite des malades qui sont en bonne santé après douze mois, neuf mois (2), huit mois (2), six mois (2), quatre mois (2) ; les autres ont été perdues de vue après l'opération. Il est sûr que la plupart des chirurgiens ont de leurs malades des nouvelles plus récentes que celles que nous donnons ; on comprend que nous n'ayons pu mettre les observations au courant que d'après les publications.

Il n'est pas possible d'établir encore la survie que donne l'hystérectomie, parce que la plupart des malades sont opérées depuis peu.

Nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale n'est applicable que dans un certain nombre de cas. Le plus souvent, la maladie est trop avancée pour qu'on puisse légitimement la tenter ; mais elle

(1) Les accidents tels que perforation de la vessie et du rectum sont arrivés entre les mains des chirurgiens les plus éminents ; le plus souvent ils ont pu être réparés et la malade a été guérie quand même. L'accident qu'il faut le plus craindre, l'hémorragie n'étant plus redoutable grâce aux pinces de Richelot, c'est la blessure d'un uretère.

peut être pratiquée plus souvent que l'amputationdu col, qui ne peut amener une guérison que dans des cas tout à fait exceptionnels d'épithélioma du col.

2° Dans les cas, assez rares il est vrai, où on est assez heureux pour constater la maladie tout à fait au début, c'est l'opération de choix ; surtout lorsqu'on est en présence d'un cancer de la cavité cervicale ou du corps de l'utérus. C'est une opération encore assez dangereuse, mais qui tend à le devenir de moins en moins, grâce au perfectionnement du manuel opératoire.

3° Si, d'après les signes déjà indiqués, on pense que le mal a dépassé les limites de l'utérus, si la malade est cachectique, il faut rejeter l'hystérectomie et avoir recours au traitement palliatif.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PALLIATIF

L'étude du traitement palliatif du cancer utérin est intéressante; en effet, il existe parmi les auteurs sur cette question des divergences qui étonnent au premier abord ; certains prétendant que l'ablation d'une partie de la tumeur entraîne presque toujours une aggravation, d'autres affirmant au contraire qu'une malade tirera toujours bénéfice d'une opération qui la débarrasse de tissus cancéreux. Certains chirurgiens éclectiques pensent que le traitement palliatif est une arme à double tranchant qui peut améliorer ou aggraver l'état d'une malade. Lucas-Championnière a vu deux fois la mort suivre la cautérisation du col, et d'un autre côté Verneuil a déclaré à la Société de Chirurgie, le 11 juin 1884, que les opérations même incomplètes lui ont toujours donné de bons résultats.

Avant de chercher à établir la cause de ces opinions opposées, nous allons examiner un certain nombre d'observations se rapportant à chaque méthode. Nous diviserons cette étude en deux parties : dans la première, dite traitement palliatif chirurgical, nous étudierons le râclage suivi de cautérisation et la cautérisation employée seule. Dans la seconde, intitulée traitement médical, nous indiquerons les médicaments qui, dans une certaine mesure , soulagent la malade. Fidèle à notre plan, nous n'indiquerons que très rapidement le manuel opératoire, désirant seulement en apprécier les résultats.

TRAITEMENT PALLIATIF CHIRURGICAL

Râclage. — Avant de commencer l'étude du râclage, nous devons rappeler que le plus souvent l'amputation du col suivie de cautérisation n'a été qu'un traitement palliatif. Comme cette opération donne des résultats bien meilleurs que le râclage, nous l'avons placée dans la partie de notre thèse qui a trait au traitement radical.

Il est un procédé que nous devons étudier avant le râclage; c'est celui du professeur Courty : ligature élastique à l'aide des tubes de Gooch (1). Le professeur de Montpellier conseille d'enlever d'abord les excroissances, la partie rameuse de l'épithélioma. Lorsque la portion arborescente de la tumeur est tombée, on tâche de détruire ce qui reste, soit avec le thermocautère, soit avec les caustiques. Si on attaque le mal avec les caustiques, il est bon d'employer le chlorure de zinc déliquescent porté sur l'ulcération à l'aide d'un pinceau. On recouvre ensuite la partie ainsi cautérisée d'une rondelle de sparadrap de Canquoin que l'on maintient à l'aide de tampons de coton. Cela fait, il faut hâter la cicatrisation par des agents modificateurs qui sont : le perchlorure de fer, la teinture d'iode, le chloral, le laudanum, etc. ; il conseille surtout la liqueur de Fowler, le collyre de Lanfranc, ou bien la poudre arsenicale rouge de Rousselot.

Notre maître, M. le professeur Dubrueil, a obtenu un excellent résultat en employant la ligature élastique suivie de la cautérisation à la pâte de Canquoin.

(1) Courty, *Traitement palliatif du cancer de l'utérus.* Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, 27 août 1877. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* septembre 1877).

X..., 35 ans, entre dans le service du professeur Dubrueil, le 10 mars 1885. Le début de la maladie remonte environ à trois ou quatre mois. X... a des pertes séreuses abondantes qui n'ont pas de mauvaise odeur. A l'examen local on constate l'existence d'un épithélioma végétant, de la grosseur d'une noix. Les culs-de-sac sont libres. La ligature élastique est appliquée au-dessus de la tumeur, à l'aide des tubes de Gooch. Au bout de trois jours, la partie exubérante est détachée et on fait agir le Canquoin. Ce traitement a amené une rapide amélioration, et *six mois après* la guérison était encore parfaite (1).

Dans le cas de cancer du corps, Courty conseille le traitement suivant : dilatation de l'orifice cervical au moyen de l'éponge préparée, abrasion de la muqueuse au moyen de curettes spéciales qu'il a fait construire ; puis cautérisation avec le chlorure de zinc déliquescent porté à l'aide d'un pinceau dans la cavité utérine.

Le *râclage* suivi de la cautérisation au fer rouge est l'opération palliative qui a aujourd'hui le plus de vogue. C'est un Français, Récamier, qui a eu le premier l'idée du curage de l'utérus et qui a inventé un instrument spécial, une curette destinée à cette opération. Simon (de Heildelberg) l'a employé après lui contre le cancer utérin. Sims a introduit cette pratique en Amérique.

Le curage est une opération qui permet, grâce à des instruments nommés curettes, et qui ressemblent, sauf quelques petites modifications, à la curette de Récamier, d'enlever les parties cancéreuses friables. On reconnaît qu'on est arrivé aux tissus macroscopiquement sains lorsqu'on a une sensation de résistance, de dureté, qui contraste avec la friabilité des parties que l'on a enlevées jusqu'à ce moment. Le râclage une fois fait, on porte hardiment un caustique, le thermocau-

(1) *Quelques considérations cliniques sur le traitement chirurgical du cancer utérin*, par Constant Lapeyre, ex-interne des hôpitaux (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 21 mai 1887, page 245).

tère, le plus souvent, sur les parties qui ont été avivées. La cautérisation a l'avantage de poursuivre plus loin les racines du mal, d'assainir les parties grattées et d'assurer l'hémostase. Ce dernier point est de beaucoup le moins important, car l'hémorragie qui suit le curage est généralement peu grave. En effet, les parties tout à fait superficielles donnent seules du sang. Du reste, une injection antiseptique très chaude ou très froide arrêterait tout aussi bien l'écoulement sanguin. La cautérisation terminée, on fait quelques irrigations antiseptiques, puis on place des bourdonnets de coton imbibés de substances diverses. Chaque auteur a son médicament favori ; cependant, parmi les divers agents préconisés, l'iodoforme occupe incontestablement le premier rang.

Les cautérisations peuvent se répéter plusieurs fois, à quinze jours ou trois semaines d'intervalle ; c'est dire que leur effet n'est que passager.

Voici quelques faits qui permettront de se faire une idée de l'action de la méthode. Terrillon relate, dans un travail paru dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1885, page 195, l'observation dont voici le résumé :

X..., âgée d'une cinquantaine d'années, est pâle, anémiée ; elle perd une grande quantité de liquide blanc roussâtre, fétide. L'utérus est complètement envahi et immobilisé par des productions néoplasiques péri-utérines. Râclage qui supprime une quantité de fongosités suffisante pour remplir le creux de la main. Au bout de trois semaines, la malade peut reprendre son travail.

M. Verneuil annonçait à la Société de chirurgie, le 11 juin 1884, qu'il traitait dans son service, à ce moment, trois malades. L'opération avait été faite pour chacune d'elles depuis quatre, cinq et six mois. L'existence de ces malades était devenue très supportable depuis l'intervention.

M. Lapeyre, dans un intéressant mémoire déjà cité, a publié les résultats qu'a donnés l'opération qui nous occupe,

à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Tédenat. Voici les observations résumées :

I. — X..., 35 ans, est atteinte d'un cancer qui a débuté il y a cinq mois. Le col est complètement détruit, les culs-de-sac vaginaux envahis. Pertes abondantes et fétides, douleurs violentes. Râclage suivi d'une cautérisation au fer rouge. Après l'opération, les pertes et les douleurs disparaissent presque complètement. Au bout de douze jours survient une hémorragie qui emporte la malade.

II. — X..., 41 ans, est malade depuis six mois. Le col est détruit par un épithélioma ; les culs-de-sac sont envahis. Pertes fétides très abondantes, douleurs violentes. Après le râclage et la cautérisation, les pertes et les douleurs sont supprimées. La malade sort de l'hôpital en bon état.

III. — X..., 36 ans, est malade depuis trois mois. Le col de l'utérus et le vagin sont envahis par le cancer. Hémorragies fréquentes. Après le râclage, les pertes sont supprimées pendant huit jours. Au bout de ce temps elles apparaissent de nouveau.

IV. — X..., 45 ans, début du cancer il y a huit mois. Le col est détruit, le vagin est pris. Les douleurs sont vives, et les pertes abondantes. Après un râclage et une cautérisation les pertes et les douleurs disparaissent ; mais, après un mois d'amélioration, elles reviennent. Une nouvelle intervention amène une amélioration passagère.

V. — Chez une femme de 45 ans atteinte d'épithélioma ayant détruit le col et atteint les culs-de-sac, le traitement n'a produit aucune amélioration.

VI. — X..., 46 ans, présente les mêmes lésions que les malades précédentes. Le râclage et la cautérisation ont amené une amélioration qui s'est maintenue pendant une dizaine de jours.

VII. — *Observation inédite due à l'extrême obligeance de M. le professeur Grynfeltt.* — X..., âgée de 58 ans, est atteinte d'un épithélioma énorme en chou-fleur qui remplit le vagin. Hémorragies abondantes. Les parties les plus exubérantes du néoplasme sont enlevées avec le

serre-nœud de Maisonneuve. Râclage suivi d'une cautérisation au thermocautère, en juillet 1885. Les hémorragies cessent après l'intervention de M. Grynfeltt. L'amélioration dure quatre cinq ou mois. Au bout de ce temps les pertes recommencent et la malade est perdue de vue.

VIII. — *Observation inédite, due également à l'obligeance du professeur Grynfeltt.* — X..., 55 ans, est atteinte d'un épithélioma végétant du col; la lèvre postérieure est surtout envahie, les culs-de-sac sont pris, l'utérus est complètement enclavé. Hémorragies abondantes. Opération au commencement de juin 1887. Ablation des parties les plus exubérantes avec les ciseaux, puis râclage et cautérisation au fer rouge. Les bourgeons néoplasiques ont envahi le canal cervical; ils sont cautérisés largement, et le fer rouge est introduit dans la cavité utérine.

Après cette opération, l'état général de la malade a été complètement changé, et elle s'est trouvée si bien qu'elle a cru que M. Grynfeltt avait pratiqué une opération radicale. Elle annonçait à tout le monde qu'elle était guérie.

Les hémorragies apparaissent de nouveau en fin novembre, six mois après. A cette époque, nouvelle intervention qui a été suivie d'une nouvelle amélioration, mais moins sensible.

Nous pourrions beaucoup multiplier les observations. Le râclage, en effet, a été pratiqué très souvent et dans tous les pays. La majorité des observations publiées est favorable au traitement. Il y a quelques insuccès, dont nous essaierons de trouver la cause un peu plus loin.

Le cas de M. Terrillon est très favorable ; la malade, qui était cachectique, a pu reprendre son travail après trois semaines. M. Verneuil est partisan du râclage. Enfin, la courte statistique de l'hôpital S^t-Eloi, de Montpellier, est intéressante et mérite d'être analysée. Dans le premier cas, douze jours après l'opération survient une hémorragie mortelle. L'hémorragie peut apparaître à deux moments différents lorsqu'on pratique le râclage suivi de cautérisation : 1° pendant le râclage, et alors elle est peu redoutable, car elle s'arrête à mesure qu'on s'approche des parties saines; 2° au moment où

les escarres se détachent, elle est alors plus à craindre, car elle se déclare au moment où on ne s'y attend pas ; de sorte que, surtout si la malade n'est pas soigneusement surveillée, il peut se produire un accident mortel. Il est bien probable que la perte de sang qui a emporté cette première malade a eu pour cause la chute des escarres formées par le thermocautère.

Quatre fois l'intervention a amené une amélioration. Chez la malade n° 2, la durée de la guérison est indéterminée ; la n° 3, n'a eu que 8 jours de repos, la n° 4, un mois, et la n° 6, dix jours. Dans un cas (observation V) l'opération n'a nullementsoulagé la malade.

Ces six observations ne sont pas très favorables au râclage. Il est certain que chez les six malades la tumeur avait une marche extrêmement rapide. Tous ces cancers sont inopérables, et cependant ils ne datent que de 5 mois, 6 mois, 3 mois, 8mois; dans les deux dernières observations la date du début n'est pas fixée. Un traitement dirigé contre une série de cancers à marche très rapide sera toujours jugé sévèrement, et c'est beaucoup que dans des états si graves il ait pu arrêter, pendant un temps même relativement court, la marche du néoplasme.

Les deux malades du professeur Grynfeltt se sont mieux trouvées du râclage.

Cautérisation. — La cautérisation soit par le fer rouge, soit par les caustiques chimiques, est le plus souvent combinée au râclage ; elle est souvent complémentaire des opérations radicales ; elle est destinée soit à arrêter une hémorragie, soit à toucher des points suspects, en somme à poursuivre le mal le plus loin possible. Elle a été aussi employée seule.

Voici ce que dit M. Labbé à ce sujet (1) :

« Le fer rouge, auquel les travaux de Jobert de Lamballe ont contribué à donner une importance capitale dans le traitement d'un grand nombre d'affections utérines, a souvent permis de détruire d'une façon complète certains épithéliomes du col de l'utérus ; et cette année même j'ai pu observer avec les docteurs Blondeau et Campbell une dame âgée de quarante et quelques années, à laquelle Adolphe Richard avait détruit, il y a plus de dix ans, une tumeur épithéliale de la lèvre postérieure du col. A cette époque, des pertes abondantes épuisaient la malade, une tumeur vasculaire saillante, mamelonnée, occupant plus de la moitié de la lèvre postérieure du col, avait été constatée ; elle saignait au moindre contact. Trois cautérisations profondes avec le fer rouge la firent disparaître et furent suivies de la production d'un tissu de cicatrice très net. Pendant plus de *dix ans,* cette dame n'éprouvait plus de troubles utérins, lorsque, vers le mois d'octobre dernier, elle se plaignit de nouveau d'être incommodée par des pertes assez abondantes.

»... Deux nouvelles cautérisations au fer rouge ont amené une amélioration qui simule une guérison définitive.

« C'est là, dit M. Labbé, un de ces faits heureux que l'on rencontre exceptionnellement. »

Il ne pense pas que lorsqu'il s'agit d'épithélioma le fer rouge donne à la maladie le coup de fouet qu'il paraît souvent lui imprimer lorsqu'il s'agit de la forme squirrheuse ou encéphaloïde.

Il convient de citer à côté du cas de Labbé celui de Mickschik ; *après sept ans,* le cancer n'avait pas reparu. On

(1) *Annales de gynécologie,* 1874. *De l'emploi de la galvanocaustique thermique dans le traitement des tumeurs épithéliales du col de l'utérus,* par Léon Labbé, page 165.

ne trouverait pas peut-être une autre observation aussi favorable à la cautérisation par le fer rouge. Ce procédé amène le plus souvent une amélioration ; mais il est préférable de faire, avant la cautérisation, un râclage consciencieux.

Plusieurs produits chimiques ont été employés pour détruire les tissus cancéreux ; un des plus usités est le chlorure de zinc, c'est la pâte de Canquoin qui a été la plus généralement adoptée par les chirurgiens. Maisonneuve a préconisé cette préparation contre les tumeurs malignes en général ; elle lui a donné d'excellents résultats, soit pour les tumeurs malignes du sein, soit pour celles de la matrice. Le plus souvent, les tissus morbides ont été attaqués par ce caustique après un râclage ou après une amputation du col.

Polaillon (1) est très partisan de la cautérisation au Canquoin. Pour lui la méthode de choix dans le cas de cancer de l'utérus opérable est l'amputation sous-vaginale du col au moyen de l'anse galvanique, complétée, s'il y a lieu, par la destruction de la portion sus-vaginale avec les flèches caustiques de Canquoin. Il cite à l'appui de son dire l'observation suivante, que nous résumons :

Le 1er mai 1882, on apporte à la Pitié une femme âgée de 69 ans qui a des hémorragies très abondantes et des pertes fétides. Elle garde le lit depuis plusieurs semaines ; on a été obligé de l'apporter à l'hôpital sur un brancard. A l'examen local, on reconnaît un énorme épithélioma végétant qui remplit tout le vagin. Le 4 mai, on ampute la partie la plus exubérante de la tumeur, à l'aide de l'anse galvanique, et on enfonce dans la partie qui reste deux flèches de Canquoin maintenues par des tampons de charpie.

Le 5, enlèvement des tampons, injections vaginales phéniquées.

Le 7, application de deux nouvelles flèches dans le col.

Le 8, il n'y a ni écoulement fétide ni hémorragie.

Le 10, la malade se sent guérie ; elle retourne chez elle à pied.

(1) *Annales de gynécologie,* tome II, 1882, page 18. *Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus.*

Dans cette observation, l'amputation a porté seulement à la partie exubérante du néoplasme, et cette amélioration merveilleuse au bout de dix jours de traitement est due en grande partie au Canquoin.

M. Lejeune (1), dans sa thèse de doctorat, relate plusieurs observations favorables à l'emploi de la pâte de Canquoin. En voici quatre résumées dans lesquelles le traitement a amené une amélioration rapide :

I. — Mme V..., de Dunkerque, 34 ans, a des hémorragies abondantes depuis trois ans. Anémie très marquée, douleurs lancinantes. Elle perd un liquide ichoreux répandant une odeur repoussante. A la place du col de l'utérus est un énorme champignon fongueux qui saigne au moindre contact. Le vagin est envahi par le néoplasme.

Le 17 février 1869, trois flèches de Canquoin sont enfoncées dans la tumeur et maintenues en place par deux tampons de ouate.

Le 1er et le 15 mars, nouvelle application.

Le 31, une rondelle de pâte de Canquoin est portée sur le col et maintenue pendant 24 heures.

Nouvelle cautérisation en flèche le 12 et le 22 avril. Toutes les cautérisations ont occasionné de vives douleurs. La dernière, en particulier, a été suivie de douleurs intolérables.

Le 8 mai, application d'une rondelle du caustique.

Le 26, l'aspect de la malade est changé au point qu'elle se croit guérie.

II. — Mme Claudine M... est malade depuis trois ans. Epithélioma du col envahissant les culs-de-sacs vaginaux. Cinq cautérisations au Canquoin pratiquées à 15 jours d'intervalle environ amènent une notable amélioration ; chaque application du caustique est suivie de vives douleurs.

III. — Trautmann (Marie), 32 ans, est atteinte depuis un an environ d'un épithélioma du col.

Six cautérisations ont un très bon résultat. On note aussi des douleurs violentes à la suite des interventions.

IV. — Gaulin (Marie), 43 ans, qui est à peu près dans le même état, se sent assez forte pour quitter l'hôpital après deux cautérisations.

(1) Lejeune, th. de Paris, 1879, n° 314.

Dans la thèse de Vuillemin (1), soutenue à Montpellier et dont les observations ont été prises à l'hôpital St-Eloi, nous trouvons des faits favorables à l'emploi du chlorure de zinc sous diverses formes.

I. — Puech (Marie-Louise), 33 ans, est malade depuis six mois environ. (Epithélioma du col). Injection au coaltar saponiné de Lebœuf, cautérisations au chlorure de zinc liquide, suivies d'application de poudre arsenicale de Rousselot. Au bout de trois semaines de traitement, plus d'écoulement ni de douleurs, et la malade sort dans un état général et local des plus satisfaisants.

II. — Bounier (Thérèse), 46 ans, est atteinte d'un épithélioma du col et du corps de l'utérus. Après quatre injections dans l'intérieur de la matrice d'une solution de chlorure de zinc répétée à trois jours d'intervalle, la malade peut reprendre ses occupations.

III. — Gauthier (Françoise), 50 ans. (Epithélioma du corps). Arrêt des hémorragies par le perchlorure de fer. Après vingt-quatre jours d'un traitement qui a consisté en injections intra-utérines de chlorure de zinc faites tous les deux ou trois jours, la maladè, qui était très affaiblie, a retrouvé ses forces. Elle marche sans s'appuyer sur une canne, a bon appétit et digère bien.

La cautérisation avec le chlorure de zinc anhydre a donné de bons résultats à Roustan (de Montpellier) dans deux cas d'épithélioma. On écrase quelques cristaux de ce corps blanc déliquescent sur une rondelle d'amadou que l'on applique sur l'ulcération.

Nous pourrions multiplier les observations relatives à ce genre d'intervention. Beaucoup d'autres substances ont été encore employées : le suc gastrique, l'acide acétique, la teinture de sesquichlorure de fer, la solution de nitrate d'argent dans l'eau au 1,200^{me}, le perchlorure de fer, le nitrate acide de mercure, le caustique de Filhos, etc. Ces derniers agents

(1) Thèse de Montpellier, 1882, n° 25. *Traitement palliatif du cancer utérin.*

destructeurs du cancer sont généralement abandonnés aujourd'hui.

Les cautérisations soit au fer rouge soit au chlorure de zinc donnent de bons résultats ; mais ces résultats sont inférieurs à ceux que fournit la cautérisation au fer rouge précédée du curage. Du reste, ces diverses méthodes agissent de la même manière, et nous sommes autorisé à nous demander maintenant pourquoi, dans certains cas, elles font du bien, pourquoi, dans d'autres, elles occasionnent des désastres ?

Et d'abord si l'on n'examine pas les choses de près, la nature du cancer étant absolument la même quel que soit l'endroit qu'il occupe, le râclage ne paraît pas une méthode logique. Il est certain que ce serait déraisonnable de râcler un épithélioma de la lèvre inférieure, par exemple. Ce qui fait que le curage donne de bons résultats, c'est la disposition des parties qu'occupe le cancer. Il est évident qu'il n'arrête pas la marche de la maladie, puisqu'il ne guérit jamais la malade ; mais il empêche la résorption putride. L'utérus atteint de cancer, en effet, est rempli, ainsi que le vagin, de parties nécrosées qui ne s'éliminent pas et qui occasionnent la fétidité des écoulements, la douleur et la fièvre. Les parties superficielles, en tombant, sont de plus la cause des hémorragies. On comprend qu'en favorisant la sortie des portions sphacélées, qu'en hâtant la chute des portions superficielles, le râclage rende des services. La cautérisation, quel que soit l'agent employé, agit dans le même sens. Il n'est pas étonnant que l'association des deux moyens donne de bons résultats.

Il reste à expliquer pourquoi chez deux malades atteintes de tumeurs identiques, chez l'une on obtient une grande amélioration, chez l'autre une aggravation.

Cette aggravation peut être causée par plusieurs mécanismes. Il peut y avoir hémorragie secondaire au moment de la chute des escarres.

La perforation de l'utérus par la curette est extrêmement rare. Il suffit d'être averti que le fait peut se produire, et dans le cas où on pensera que les parois de la matrice sont complétement dégénérées, il faudra agir avec précaution. On fera bien de commencer l'opération avec une curette tranchante et de la terminer avec un instrument mousse, comme le recommande Polaillon.

Assez souvent, la péritonite s'est déclarée après un curage modéré, les parois de la matrice n'étant pas perforées. Cet accident se produit surtout chez les femmes qui ont eu déjà des poussées de pelvipéritonite. Chez certaines un simple cathétérisme suffit pour déterminer des accidents. L'enclavement, l'immobilité de l'utérus, ne suffira cependant pas pour contre-indiquer le curage, autant dire que cette opération ne doit jamais être pratiquée, puisqu'en règle générale quand l'utérus descend facilement on doit tenter une opération plus radicale. Mais il faudra interroger avec soin les antécédents de la femme, demander si elle n'est pas sujette à des douleurs de ventre accompagnées de vomissements, voir comment elle supporte un examen un peu prolongé, tâter en somme le terrain avant de pratiquer le curage. Certains auteurs croient en effet que l'utérus est un organe très tolérant. C'est une erreur : sa tolérance est très variable, et c'est ce qui fait que les opérations même les plus bénignes ont abouti à des désastres dans les mains de chirurgiens éminents qui n'avaient pas pris les précautions que nous venons d'indiquer.

TRAITEMENT MÉDICAL

On ne doit avoir recours au traitement médical que lorsqu'on s'est aperçu que la malade ne peut pas supporter le traitement chirurgical palliatif, c'est-à-dire lorsqu'elle est arrivée à une période tout à fait avancée de la maladie.

Les auteurs admettent qu'il doit être local et général.

Le traitement local doit être dirigé contre la douleur, les hémorragies, la septicémie.

Les divers traitements palliatifs chirurgicaux que nous avons indiqués répondent à ces trois indications. Nous n'énumérerons pas ici les médicaments nombreux qui ont été proposés dans les anciennes monographies contre le cancer de l'utérus. Contre la douleur, le médicament par excellence est l'opium sous forme d'extrait gommeux, ou mieux la morphine en injections hypodermiques.

Contre la fétidité des écoulements, on pourra employer un grand nombre d'antiseptiques, qui auront aussi la propriété de diminuer la fièvre, grâce à la destruction et à une élimination facile des parties nécrosées. Les substances qui ont été employées sont très nombreuses : la créosote, l'acide chromique, l'acide borique, l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme. Tous ces agents ont donné des résultats.

Les hémorragies seront combattues par l'eau de Rabel, le seigle ergoté, l'ergotine à l'intérieur (l'ergotine se donne surtout en injection hypodermique), le tannin, l'acide gallique, le perchlorure de fer à la dose de 5 à 20 gouttes. Localement des injections d'eau très froide ou très chaude additionnée de perchlorure de fer donnent de bons résultats.

Ces moyens sont indiqués dans tous les livres

Ce qui est certain, c'est que les malades se trouvent toujours bien quand elles sont pansées avec les divers médicaments que nous indiquons.

L'influence du traitement médical est indiscutable ; l'observation suivante, due à l'extrême obligeance du professeur Dumas, en est une preuve :

Vers le milieu du mois de mars 1887, il fut appelé en consultation auprès de Mme D..., âgée d'environ 60 ans, pour déterminer s'il y avait lieu de tenter l'ablation de l'utérus pour un cancer du col.

Souffrant depuis plusieurs mois de l'abdomen, la malade n'avait consulté son médecin que depuis peu de temps. M. Dumas constata un état général très satisfaisant ; la nutrition se faisait parfaitement bien, malgré de très vives douleurs et quelques hémorragies. Le symptôme douleur, exaspéré surtout la nuit, dominait la scène. Ecoulement sanieux, abondant, d'une fétidité modérée.

L'examen local montre un col volumineux, dur, peu douloureux à la pression. L'orifice, ouvert, a un contour irrégulier et bosselé. La cavité cervicale est remplie de bourgeons qui saignent au moindre contact. L'infiltration cancéreuse qui occupe le col tout entier se prolonge évidemment dans le corps. Les culs-de-sac ont une dureté ligneuse et l'utérus est immobilisé dans tous les sens.

Devant une pareille étendue de la lésion, qui laissait intacte cependant la défécation et la miction, M. Dumas jugea inutile d'intervenir chirurgicalement, conseilla un traitement général tonique et des injections antiseptiques.

Il a revu Mme D... au mois de novembre 1887, *huit mois après ;* l'état général est toujours excellent et les douleurs, qui n'ont pas complètement disparu, sont très espacées et très supportables. Il a fallu, pendant quelques jours au début du traitement, employer les injections hypodermiques de morphine.

Pour fixer les idées, nous indiquerons le traitement préconisé par Mme Gaches-Sarraute (1) qui nous paraît très rationnel.

(1) *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1886, page 144. *Du traitement palliatif du cancer utérin inopérable,* par Mme Gaches-Sarraute.

Ce traitement est surtout pratique en ce qu'il n'oblige pas à voir les malades tous les jours. Le pansement n'est fait que trois fois par semaine. Voici en quoi il consiste :

On commence par laver largement le vagin et la cavité utérine, si c'est nécessaire, au moyen d'une solution antiseptique ; le plus souvent on emploie la liqueur de Van-Swieten diluée dans trois fois son volume d'eau tiède. Lorsque le lavage est fait, on débarrasse la plaie des produits qui ne sont pas adhérents. Ce n'est pas un râclage. Puis on place sur la partie ulcérée des tampons trempés dans une solution de chloral à 4 pour 100 ou dans la liqueur de Van-Swieten et recouverts d'iodoforme.

Il en résulte que la plaie devient rosée; les douleurs et les hémorragies disparaissent et l'état général change complétement.

I M^me^ B..., 31 ans, se présente à l'hôpital le 31 mai 1885. Elle est malade depuis le mois, de mai 1884. Elle est pâle et affaiblie par des hémorragies très abondantes. Le vagin est envahi par un énorme champignon qui a détruit le col. Au commencement de juin, la malade ne perd plus de sang.

II. Résultat très satisfaisant chez M^me^ H..., 48 ans, qui est cachectique. Le col de l'utérus est chez elle détruit par une ulcération très profonde.

III. M^me^ G..., 25 ans, est atteinte depuis le mois de mai 1883. La malade est vue deux ans après, en mai 1885. Le col est détruit, le vagin envahi. Anémie extrême, hémorragies très abondantes. Au bout de quelques jours de traitement, les hémorragies s'arrêtent. L'amélioration est considérable.

IV. Amélioration rapide chez M^me^ M..., âgée de 65 ans, qui souffre depuis 3 ans d'un cancer intra-cavitaire.

M^me^ Gaches-Sarraute cite d'autres cas où elle a obtenu une amélioration notable ; souvent elle a constaté des symptômes

d'intoxication par l'iodoforme. Les accidents se sont surtout déclarés du côté de l'appareil digestif. C'est là un des inconvénients sérieux de l'emploi de l'iodoforme.

Le *traitement* général est indiqué partout. Il doit être reconstituant ; le quinquina, le fer, une bonne alimentation et le grand air sont surtout importants. Courty insiste beaucoup sur l'efficacité des préparations arsenicales à l'intérieur.

Il est très important de maintenir l'appétit le plus longtemps possible. L'eau de Vichy, le bicarbonate de soude et les amers rendent des services à cet égard et peuvent un peu atténuer la mauvaise influence de l'iodoforme sur l'appareil digestif.

Et maintenant que nous avons tâché d'apprécier les divers raitements employés contre le cancer utérin en nous appuyant tautant que possible sur des faits et que nous avons essayé de montrer quelle est la méthode qui doit être usitée suivant que la maladie est arrivée à telle ou telle période, certains sceptiques nous diront peut-être que nous aurions dû établir combien de temps vit la malade atteinte de cancer de l'utérus lorsqu'on ne la traite pas.

Il est très difficile d'établir cette moyenne, parce que le moment du début de la maladie n'est jamais nettement précisé. De plus, une moyenne n'a pas une grande signification, vu que la durée de la maladie varie de trois à quatre mois à huit à dix ans.

Nous ne discuterons pas plus longtemps cet argument.

CONCLUSIONS

1° En présence d'un cancer de la matrice, le chirurgien n'est pas désarmé.

2° Si l'on est en présence d'un épithélioma du col diagnosqué au début, on peut hésiter entre l'hystérectomie et l'amputation du col.

3° Dans le cas de cancer intéressant le canal cervical, ou le corps de l'utérus, quand les limites du mal ne dépassent pas la matrice (culs-de-sac libres, abaissement facile) et que la malade n'est pas cachectique, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale.

4° Lorsque l'utérus peut être difficilement abaissé, la méthode de Vulliet (de Genève), paraît donner de bons résultats, si la femme est arrivée à la ménopause.

5° Lorsqu'elle est en pleine vie sexuelle, on doit avoir recours au râclage suivi de la cautérisation au fer rouge.

6° Le traitement palliatif médical est employé si la malade est cachectique et si les parois utérines sont détruites par le néoplasme.

7° Avant de pratiquer une opération, quelle qu'elle soit, il faut se rendre compte de la susceptibilité de la malade. Chez certaines femmes ayant eu des poussées de péritonite partielle répétées, l'intervention la plus insignifiante est suivie d'accidents parfois mortels.

FIN

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 3 février 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 2 février 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bétrix. — *Revue médicale de la Suisse Romande,* 15 Novembre 1885.

Bœckel. — *Mémoire sur la galvanocaustique thermique.* Paris, J.-B. Baillière, 1873. Société de Chirurgie, 4 juin 1884.

Bouilly. — *Semaine médicale* du 24 novembre 1886.

Buffet. — *Gazette des hôpitaux*, 1886.

Chalot. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier.*

Charpentier.— *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes,* Paris, 1881. Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, 27 août 1877.

— *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* septembre 1877.

Coutzarida. — Thèse de Paris, 1884.

Demons. — *Revue de chirurgie,* 1884.

Doche. — Thèse de Bordeaux, 1884.

Doleris. — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1887.

Fuzier. — Thèse de Paris, 1876.

Gaches-Sarraute. —*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1886.

Gallard. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1873.

Gomet. — Thèse de Paris, 1886.

Grynfeltt. — *Mémoires de chirurgie clinique.* Paris, 1885.

Labbé. — *Académie de médecine* (Séance du 29 novembre 1887). Annales de Gynécologie, 1874.

Lannelongue (de Bordeaux). — *Leçons de clinique chirurgicale,* 1888.

Lapeyre. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.* mai 1887.

Lassalas. — Thèse de Paris, 1869.

Le Dreux. — Thèse de Paris, 1862.

Lejeune. — Thèse de Paris, 1879.

Leroy-Carrères. — Thèse de Paris, 1874.

LISFRANC. — *Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus,* lu à l'académie des Sciences en 1834. *Gazette médicale de Paris,* 1834. Tome II, page 386.

DE MADEC. — Thèse de Paris, 1886.

MOLINE (L). — Thèse de Montpellier, 1886.

MURY (Désiré). — Thèse de Paris, 1826.

PAMARD (d'Avignon). — Association française pour l'avancement des Sciences. Nancy, 1886.

PAQUET (de Lille). — Société de Chirurgie, séance du 18 mai 1887.

POLAILLON. — *Annales de Gynécologie,* 1882.

RICARD. — *Semaine médicale* du 9 février 1887.

RICHELOT. — *France médicale* du 20 novembre 1886.

— *Union médicale* du 13 février 1887.

— Société de Chirurgie. Séance du 9 mars 1887.

— *Union médicale* du 3 avril 1887.

— — du 3 octobre 1887.

— — du 11 décembre 1887.

SABATIER. — *Médecine opératoire.* Tome III.

SAUVE. — Thèse de Paris, 1884.

SCHWARTZ. — *Revue de chirurgie,* 1882.

TERRIER. — Société de Chirurgie. Séances du 2 juin 1886 et du 2 mars 1887.

TERRILLON. — *Bulletin général de thérapeutique,* de 1885.

TRÉLAT. — Société de Chirurgie. Séance du 26 janvier 1887.

VERNEUIL. — Société de Chirurgie, 11 juin 1884.

VUILLEMIN. — Thèse de Montpellier, 1882.

VULLIET. — Société médicale de Genève (octobre 1885).

WISARD. — *Revue médicale de la Suisse Romande,* 15 juillet 1886.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessns de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !